

Trabajo Fin de Máster

Síndrome de Burnout en los profesionales de
medicina y enfermería de atención primaria del
Sector Calatayud.

Autor

Daniel Vázquez García

Directora

Ana Bellosó Alcay

Escuela de Ciencias de la Salud
2012

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
 INTRODUCCIÓN.....	 5
Del problema de salud al problema de investigación: Síndrome de Bournout	5
Antecedentes y estado actual del tema.....	9
Hipótesis	10
Objetivos del estudio	10
 METODOLOGÍA	 11
Diseño del estudio	11
Población y muestra de estudio.....	11
Variables de estudio.....	11
Consentimiento para investigación	12
Recogida de datos	12
Análisis estadísticos	13
Limitaciones	13
 RESULTADOS.....	 14
Tasa de Respuesta.....	14
Estadística descriptiva	14
<i>Variables cualitativas</i>	14
<i>Variables cuantitativas</i>	15
Estadística inferencial.....	16

DISCUSIÓN.....	18
Limitaciones	18
Dificultades.....	19
Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Sector Calatayud (Zaragoza)	19
Síndrome de Burnout en médicos/as de Atención Primaria del Sector Calatayud.....	21
Síndrome de Burnout en enfermeros/as de Atención Primaria del Sector Calatayud	22
Comparación con otros estudios realizados a nivel internacional sobre el síndrome de Burnout.....	24
Comparación con otros estudios realizados en el ámbito hospitalario sobre el síndrome de Burnout.....	25
Variables no significativas y su validación en otros estudios sobre síndrome de Burnout.....	26
Comparación del síndrome de Burnout entre médicos/as y enfermeros/as de Atención Primaria del Sector Calatayud	27
Posibles líneas de intervención ante niveles elevados del síndrome de Burnout en la población	28
 CONCLUSIONES.....	 31
 AGRADECIMIENTOS	 32
 BIBLIOGRAFÍA	 33
 TABLAS.....	 41
 FIGURAS.....	 46
 ANEXO I. CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO CON MBI Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE INTERÉS.....	 56
 ANEXO II. CARTA DE PRESENTACIÓN.....	 58

RESUMEN

Introducción: Hoy día, el estrés es considerado como uno de los factores que más repercuten en la vida cotidiana de las personas, afectando a su salud y bienestar. En relación a éste, durante los últimos años ha surgido un nuevo concepto en el entorno laboral: el síndrome de *Burnout*. Diversos estudios muestran como las profesiones sanitarias representan un grupo de alto riesgo del síndrome, ya que en estas concurren numerosos factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales del síndrome del quemado. Las consecuencias derivadas del estrés laboral pueden desencadenar importantes problemas personales, además de influir en el trato con las personas.

Objetivo: El objetivo es estimar la prevalencia del síndrome de *Burnout* del equipo de medicina y enfermería de atención primaria y conocer su asociación con las variables estudiadas.

Metodología: Estudio observacional y descriptivo transversal. Se aplicó un muestreo probabilístico estratificado por asignación proporcional por centro de salud y categoría profesional. Se entregó dos cuestionarios autoaplicados: El Maslach Burnout Inventory y otro general de carácter sociodemográfico y laboral. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 53,37% (95 participantes). El 17,9% (17 participantes) presentaron un grado medio-elevado del Síndrome. De la muestra obtenida, el 12,6% presentaron niveles elevados de cansancio emocional, 10,5% niveles elevados de despersonalización y el 22,1% niveles bajos de realización personal. Se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre niveles elevados del síndrome o sus dimensiones con algunas de las siguientes variables: con la propia percepción que posee el profesional en cuanto a como la sociedad valora su profesión, con la relación con los compañeros, con la posibilidad de permanecer o cambiar a otro lugar de trabajo, con la situación laboral, con la edad, con el número de hijos y con los años de experiencia profesional, los trabajos en el Sector y los trabajados en Atención Primaria. Comparando las muestras de médicos/as y enfermeros/as, se obtuvo diferencias en la edad, años de experiencia profesional y los trabajos en Atención Primaria.

Discusión: Entre las limitaciones del estudio destacan el tamaño reducido de la población, la falta de colaboración del centro de salud de Daroca y el bajo índice de respuesta de los/as médicos/as del sector. La prevalencia del síndrome fue menor que en otros estudios realizados a nivel nacional e internacional, posiblemente por la menor presión asistencial a la que están sometidos los profesionales en el medio rural. Los profesionales de enfermería obtuvieron niveles más elevados del síndrome.

Conclusiones. Se llegó a la conclusión de que la prevalencia del síndrome de *Burnout* en los centros de salud del Sector Calatayud es medio-alta. Se resalta la importancia de fomentar líneas de intervención y medidas preventivas que puedan disminuir el desgaste profesional en el sector.

ABSTRACT

Introduction. Nowadays, stress is considered a factor which affects to daily lives of people, altering their health and wellbeing. In the last years, a new concept of stress in the workplace has risen: Burnout Syndrome. Several studies show that health professionals present high risk of having this syndrome, since many personal, professional and institutional factors concur, which are potential causes of burnout. Consequences derived from job stress can trigger major personal problems, as well as influencing relations with people.

Objective. To estimate the prevalence of Burnout Syndrome within both doctor and nurse professionals in primary care and to determine the association with the variables studied.

Methodology. An observational and transversal descriptive study was performed by using a stratified probability sampling by proportional allocation per health center and per professional category. Two self-administered questionnaires were delivered: Maslach Burnout Inventory and a social, demographic and professional general test. Statistical analyses were performed using SPSS version 15.0.

Results. Total answering rate was 53.37% (95 participants). Seventeen participants (17%) showed medium-high grade of Burnout Syndrome. Regarding the sampled population, 12.6% showed high levels in emotional tiredness, 10.5% with high levels of depersonalization, and 22.1% with low levels of personal fulfillment. Statistically significant relationships were found among elevated levels of the syndrome with any of the following variables: perception of the value that the society has about health profession, relationship with co-workers, the choice of staying or moving to another workplace, with employment status, with age, with the number of children, and with years of professional experience in Calatayud sector and in primary care. By comparing results for doctors and nurses, differences were observed in age, years of professional experience.

Discussion. Three relevant limitations were determined during the development of this study: the small population size, the lack of cooperation in Daroca's health center and the low response rate of doctors. The prevalence of the syndrome level was lower than in other national and international studies, possibly due to lower pressures for healthcare professionals who offer assistance in rural areas. Nurses showed higher levels of Burnout syndrome than doctors.

Conclusions. The prevalence of Burnout Syndrome in Calatayud Sector is medium-high. In order to reduce the professional burnout, it is recommended to increase efforts in both intervention and prevention.

INTRODUCCIÓN

Del problema de salud al problema de investigación: Síndrome de Bournout

El concepto de estrés ha estado presente en la historia de la humanidad durante siglos, pero es a partir de la década de los sesenta cuando comienza a conceptualizarse de forma más sistemática, reconociéndolo como un aspecto inevitable de la vida, ya que contribuye a marcar diferencias dentro del funcionamiento social e individual de las personas, según la forma en que cada individuo lo afronte¹. Por esta razón, hoy día el estrés es considerado como uno de los factores que más repercuten en la vida cotidiana de las personas, afectando a su salud y bienestar². Selye lo definió como una reacción inespecífica del cuerpo ante cualquier demanda. Para éste, el estrés ocasiona el llamado síndrome de adaptación general, el cual comprende tres fases: reacción de alarma, resistencia y fatiga³. En la etapa de reacción de alarma, el cuerpo moviliza recursos para hacer frente al estrés agregado⁴. Además, en esta etapa se produce un incremento del ritmo cardíaco, secretándose las hormonas propias del estrés, como la adrenalina, la noradrenalina, la epinefrina y la cortisona⁴. En la segunda etapa, la llamada de resistencia, el cuerpo reacciona ante la fuente original del estrés, disminuyéndose la resistencia ante otros estresores. Por último, en la etapa de agotamiento los recursos del organismo disminuyen, lo que puede provocar consecuencias adversas como enfermedad severa e incluso la muerte, en caso de que el estrés no disminuya⁵.

Otros autores, como Ramos Martínez y Cano Asuar, lo describen como una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación percibida como amenazante o de demanda incrementada⁶. En la actualidad, el estrés es un tema común en investigaciones psicológicas, fisiológicas y laborales, debido a las condiciones ambientales, sociales, personales y económicas a las que nos enfrentamos cotidianamente, en las cuales se hacen presentes diferentes eventos que pueden considerarse estresantes. Por ello, es importante identificar adecuadamente la presencia de estrés, así como las estrategias de afrontamiento necesarias para evitar las consecuencias y patologías derivadas por un estrés crónico o agudo⁴.

El estrés está relacionado con las condiciones laborales de las personas, ya que éstas invierten una importante cantidad de tiempo en actividades propias de su trabajo. Este medio posee algunas características especiales, ya que los individuos se tienen que adaptar a otro entorno que no es su hogar, convivir con otras personas y realizar a menudo largos recorridos desde su lugar de residencia hasta su trabajo. Así pues, el estrés afecta a la salud integral de la persona en el ámbito físico, psicológico y social, así como dentro de su desempeño laboral. De esta forma, surge un nuevo término, el estrés laboral. Éste se define como una desfavorable interacción entre las características de la persona y las condiciones de su trabajo, la cual conduce a perturbaciones psicológicas, comportamientos malsanos y finalmente a la enfermedad⁷. Durante las últimas décadas, varios autores han intentado explicar y estudiar las características y desarrollo del estrés laboral, surgiendo así un nuevo concepto en torno a éste: el síndrome del quemado o síndrome de *Burnout*.

El síndrome clínico de *Burnout* fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger⁸. Lo describió como “aquel estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Éste señaló ya entonces la presencia de un mayor riesgo en profesionales jóvenes idealistas que se entregan en exceso al trabajo. El síndrome se origina con frecuencia en las llamadas profesiones de ayuda, en las cuales se genera de forma habitual el enfrentamiento con emociones intensas de dolor o enfermedad y/o sufrimiento psíquico⁹. Otros Autores, como Pines y Aronson también identificaron sentimientos de impotencia e inutilidad o falta de éxito profesional en relación con el síndrome¹⁰.

Posteriormente, la psicóloga Christina Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto de 22 ítems, el cual llamó “*Maslach Burnout Inventory*” o *MBI*¹¹. A partir de éste, definió el síndrome de *Burnout* como “el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que pueden desarrollar aquellos individuos que trabajan generalmente con personas”¹². El padecimiento de las manifestaciones descritas en el síndrome provoca en la persona una disminución de la habilidad en el desempeño de la actividad profesional, apareciendo así diferentes problemas de salud en quien lo padece¹³. El agotamiento emocional hace referencia a la situación en que la fuerza o el capital emocional se van consumiendo y el profesional siente como se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico¹⁴. La baja realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, de modo que esta afecta a su habilidad en la realización del trabajo y al tipo de relación que establecen con las personas a las que dan servicio. Esta circunstancia provoca que los profesionales se sientan descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales¹⁵. La despersonalización o deshumanización hace referencia a la aparición de sentimientos y actitudes negativas y cínicas hacia las personas destinatarias del trabajo¹⁶. Dado todo esto, el síndrome de *Burnout* se desarrolla en cierta medida por la personalidad del trabajador y por las características propias de la institución donde ejerce sus servicios¹⁷. En esta misma línea, algunos autores más recientes, como Dormann y Zapf, han creado una descripción mucho más general del síndrome, definiéndolo como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece en numerosos tipos de profesionales y grupos ocupacionales, pero que especialmente se localiza en profesionales pertenecientes a las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de una organización¹⁸.

Hoy día, el BMI es una herramienta útil y validada por distintas investigaciones, permitiendo estudiar y conocer los factores desencadenantes del estrés laboral^{19,20}. Entre sus ventajas, está demostrado la alta evidencia de validez concurrente del test²¹. Maslach y Jackson obtuvieron correlaciones significativas entre diversas escalas conductuales y el MBI, utilizando como estimaciones a esposas y compañeros de trabajo¹². Al parecer, la puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que otros cuestionarios que evalúan el estrés laboral, como el Tedium Measure (TM), el staff Burnout Scale (SBS-HP) o el Meier Burnout Assessment (MBA), siendo del 25% la varianza que estos instrumentos explican en el MBI²². Por otro lado, también se ha evidenciado que este instrumento tiene validez divergente, por las correlaciones significativas que se han encontrado entre las puntuaciones de sus escalas y las descripciones ante sus clientes, la sobrecarga objetiva de trabajo, el tiempo total de contacto directo con los pacientes y con las conductas del trabajador en el

hogar, evaluadas por sus parejas, a la vez, de las bajas correlaciones con deseabilidad social y las correlaciones negativas con la satisfacción en el trabajo²³.

El desgaste profesional es el resultado de un proceso dinámico producido por una deficiente adaptación a una situación de estrés crónico. Para generarse un agotamiento emocional, el profesional atraviesa distintas fases²⁴. Desde una primera etapa de entusiasmo y altas expectativas, se transcende hacia una fase de estancamiento. Posteriormente se produce una frustración, en la cual la persona se cuestiona incluso la utilidad de su trabajo, destacándose todas las dificultades o aspectos negativos de éste (horas de guardia, bajo sueldo, recursos limitados del sistema, etc.) generándose así los primeros problemas emocionales y conductuales. Finalmente, se adopta un estado de apatía o indiferencia hacia el trabajo⁸. Esta desmotivación derivada de las condiciones laborales^{25, 26}, repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador y, por tanto, también en la calidad asistencial⁹.

Las consecuencias negativas del estrés sobre los profesionales pueden ser agrupadas en varias categorías: diversas enfermedades y patologías físicas, problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas y comportamentales, y problemas organizativos²⁷. Dentro del primer grupo de problemas destacan los trastornos cardiovasculares. Se calcula que el 16 % de las enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22% de las mujeres se deben al estrés relacionado con el trabajo, y se calcula que éste afecta a casi uno de cada 3 trabajadores en la comunidad europea, apuntando los datos recogidos entre la población española en la misma dirección²⁸. Entre las demás enfermedades y estados de salud asociados al estrés se incluyen algunos tipos de alteraciones gastrointestinales, el descenso en la resistencia ante enfermedades infecciosas, problemas psicosomáticos como palpitaciones, dolores de espalda y cefaleas, etc.²⁹. Las alteraciones psicológicas más comunes relacionadas con el estrés son la ansiedad, descenso de la autoestima, incremento de la irritabilidad, falta de motivación y depresión, así como problemas comportamentales entre los que destacan los trastornos en los hábitos del sueño y alimenticios, alcoholismo, drogadicción y tabaquismo^{27,30-33}. Por otro lado, los costes económicos para la organización son igualmente importantes²⁹. Dentro de las consecuencias que podríamos denominar de carácter organizativo destacan la disminución del rendimiento, incremento de la accidentalidad, rotación y absentismo²⁷. Concretamente, del 50% al 60% del absentismo ha sido relacionado con el estrés laboral, cifrándose el coste anual para la unión Europea en torno a los 20.000 millones de euros²⁸.

La motivación laboral es el resultado de una serie de relaciones entre el esfuerzo individual, el rendimiento obtenido, las recompensas organizativas y los objetivos individuales³⁴. Aunque cualquier trabajador es susceptible al desánimo y a la pérdida de entusiasmo por su trabajo, la evidencia muestra como las profesiones que poseen una mayor probabilidad de desarrollar estrés laboral son aquellos que mantienen un contacto directo con el público, especialmente en el ámbito social, educativo y sanitario³⁵. Por lo que respecta a la prevalencia de este problema en el contexto sanitario, diversos estudios muestran como las profesiones sanitarias representan un grupo de alto riesgo del síndrome, ya que en estas concurren numerosos factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales del síndrome del quemado^{16, 36}. Concretamente, los profesionales de atención primaria invierten mucho tiempo en la relación intensa con los pacientes y sus propios compañeros de trabajo, de una manera continuada, trabajando con los aspectos emocionales más profundos del individuo³⁷.

Estas circunstancias, junto con las características de personalidad del profesional, relación con su ambiente laboral, presión institucional y otros factores asociados pueden conducir a un estrés profesional o síndrome del *Burnout*³⁸⁻⁴⁰. Las consecuencias derivadas del estrés laboral dentro de los profesionales sanitarios pueden desencadenar importantes problemas personales⁴¹, ya que influye en el trato con las personas, aumentando el riesgo de iatrogenia e insatisfacción laboral en la relación con los pacientes³⁷, radicando así la importancia de su estudio.

Las características del trabajo en los centros de atención primaria pertenecientes al medio rural contienen varios escenarios que son potenciales de generar el síndrome del quemado, tanto en médicos/as como enfermeros/as. Ejemplo de ello son las largas distancias que tienen que recorrer los profesionales entre los diferentes consultorios de trabajo, el estrés generado en las situaciones de urgencias, como las intervenciones en los domicilios, o la difícil relación de coordinación entre los propios compañeros del equipo. Dentro de este contexto, los profesionales de enfermería son, en muchas ocasiones, los sanitarios que mantienen un contacto más directo e íntimo con los pacientes, ya que por la situación crónicas de algunos de ellos (realización diaria de curas, control de TA, glucemias, etc.), se genera una relación especial entre paciente-profesional. Por esta razón, el estudio del síndrome de *Burnout* en esta disciplina es de gran importancia, ya que localizando las fuentes de estrés laboral se pueden organizar posibles medidas de ayuda para disminuirlo, ofreciendo así una mejor calidad asistencial del paciente en la atención y los cuidados de enfermería.

En términos de calidad, conocer el nivel de estrés laboral presente en los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria a través del BMI puede ayudar a mejorar, no sólo las condiciones de trabajo de los profesionales, sino que facilitaría localizar cuales son las principales causas que generan estrés en los centros de salud. Así pues, una vez obtenidos los resultados, se pueden plantear distintas estrategias de acción para mejorar o solucionar aquellas facetas de la organización que puedan ser causa directa o indirecta de estrés laboral, logrando así una satisfacción laboral dentro del entorno de trabajo.

La satisfacción profesional ha sido un tema de gran interés para las investigaciones de servicios sanitario desde hace décadas^{42, 43}. La importancia de este concepto reside en que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y en su vinculación con la motivación^{34, 44}. Aunque en término de calidad de servicios no existe una clara relación directa entre la calidad de la atención al usuario externo y la satisfacción profesional⁴⁵, sí que está demostrado que medir el grado de satisfacción laboral dentro de una unidad o centro de trabajo puede ayudar a mejorar la organización de sus servicios a nivel interno⁴⁶. El conocimiento de la satisfacción profesional puede constituir un método en si mismo que permita identificar problemas u oportunidades de mejora que repercutan en la calidad de los servicios prestados⁴⁷. Por esta razón, la desatención a la satisfacción de la estructura de necesidades del individuo⁴⁸ y a los motivadores se traduce fácilmente en el síndrome de desgaste profesional *Burnout*, caracterizado en este sentido por el sentimiento de distanciamiento (menos implicación), despersonalización e inadecuación profesional y a la consecuente pérdida de calidad en los servicios³⁴.

Antecedentes y estado actual del tema

Tras el surgimiento del MBI, se ha generado una vasta investigación empírica que ha tratado de determinar la veracidad de las propiedades psicométricas del instrumento, y la búsqueda confirmatoria de la tridimensionalidad del síndrome propuesta en sus escalas, tanto en muestras de profesionales como en estudios transculturales²¹. El MBI posee una gran aceptación internacional, ya que en la inmensa mayoría de los países de América latina, la Unión Europea (EU) y en los Estados Unidos (USA)^{12,49} se ha utilizado extensamente. Este hecho posee una gran ventaja, ya que permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, impulsando también el desarrollo de adaptaciones del cuestionario²¹.

Dadas las consecuencias del estrés laboral crónico, son muchos los estudios que se han desarrollado con el fin tanto de investigar el perfil epidemiológico del síndrome de *Burnout* como de determinar la prevalencia de éste en distintos contextos laborales¹. A nivel internacional, dentro del contexto sanitario, los estudios realizados en profesionales de atención primaria son escasos, ya que habitualmente los investigadores se centran en unidades donde se presenten numerosas fuentes de estrés, como las unidades de cuidados intensivos^{50, 51} y en menor medida las de urgencias, en las cuales se observan niveles moderados de *Burnout* en las muestras estudiadas⁵²⁻⁵⁴. Esto ha ocasionado una falta de información importante en cuanto a las causas de estrés laboral dentro de los profesionales de atención primaria.

En España, se ha medido la prevalencia del síndrome de “Burnout” en varios sectores de salud. Así se pueden observar distintos estudios en las áreas de salud de la comunidad de Madrid, Barcelona o Aragón entre otras, en los cuales se distinguen niveles elevados y medianamente moderados del síndrome de *Burnout*^{35, 55}. Una observación destacable es el considerable número de estudios que miden la prevalencia del síndrome en la población de médicos/as, excluyendo por completo a la población de enfermería y demás profesionales sanitarios. La enfermería representa un grupo de alto riesgo sensible al Síndrome de *Burnout*. Esto es debido a la gran cantidad de estresores diarios inherentes al trabajo clínico que debe afrontar, derivados de la confrontación con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez y la muerte⁵⁶. Además, la cantidad de horas diarias que el profesional de enfermería pasa junto al paciente en hospitales, así como el hecho de ser la persona que habitualmente hace de intermediario entre el paciente, el médico y los familiares son algunas de las razones que hace más vulnerable a este colectivo frente al síndrome de *Burnout*¹⁶. Por esta razón, la realización de investigaciones que midan además el estrés laboral en otros profesionales como los de enfermería, aportan una mayor cantidad de datos que permiten valorar la diferencia del síndrome de *Burnout* entre distintas categorías profesionales.

Hipótesis

El síndrome de *Burnout* es una situación cada vez más frecuente y la hipótesis que se plantea para el siguiente estudio es que los grados de *Burnout* entre los profesionales sanitarios de los centros de salud pertenecientes al sector de Calatayud son elevados y están relacionados con las variables sociodemográficas y laborales estudiadas. A partir de esta, nos preguntamos ¿Es elevado el grado del síndrome de *Burnout* presente en los profesionales de medicina y enfermería en los centros de salud del sector de Calatayud? Y si así fuera, ¿cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y laborales estudiadas y los niveles elevados del síndrome del quemado obtenidos?

Objetivos del estudio

El objetivo principal de este trabajo es determinar la prevalencia y distribución del síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) de atención primaria del Sector Calatayud de Zaragoza. Además, se pretende analizar la posible asociación con alguna variable sociodemográfica o laboral, potencialmente modificable, que permita desarrollar en un futuro intervenciones orientadas a su reducción, y así mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores.

Como objetivos secundarios, se pretende obtener una mayor cantidad de información sobre el nivel de estrés laboral presente en los profesionales de medicina y enfermería del Sector. Además, Se intenta estudiar la sobrecarga laboral y los factores asociados con el estrés en el Sector de atención primaria de Calatayud. Se pretende estudiar también la prevalencia del síndrome de *Burnout* separando la población de médicos/as y enfermeros/as, observando las diferencias entre ambas poblaciones y su distribución en las distintas dimensiones que comprenden el síndrome.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio observacional y descriptivo transversal para estimar la prevalencia del síndrome de *Burnout* mediante la escala “Maslach Burnout Inventory”, en profesionales de medicina y enfermería pertenecientes a los centros de salud del Sector Calatayud (Zaragoza, España) en el año 2012.

Población y muestra de estudio

El personal médico y enfermero de atención primaria con más de un año trabajado en el sector. Se excluyeron del estudio a pediatras, matronas, odontólogos, celadores, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos. El número total de profesionales está compuesto por 178 personas (110 médicos/as y 68 enfermeros/as).

Con esta población, se calculó el tamaño total de la muestra en 122, tomando como valores la población de la muestra (178), un nivel de confianza del 95% y un grado de significación estadística de $p=0,05$. El cálculo del tamaño muestral se ha realizado con el programa Epidat versión 3.1. Para evitar un sesgo de selección o confusión, la muestra debe ser representativa para las diferentes categorías de la población, por lo que se llevó a cabo un muestreo probabilístico estratificado por asignación proporcional. La muestra se distribuyó de acuerdo a las variables “categoría profesional” y “centro de salud”, obteniendo una muestra final de 123 (74 médicos/as y 49 enfermeros/as) [Tabla 1]. Para determinar de forma aleatoria qué participantes serían los encuestados, se ha asignado un número a cada profesional dentro de su grupo/estrato, procediendo a la aleatorización con el mismo programa informático.

Debido al número tan reducido de la población en comparación con otros estudios^{2, 47, 56-58}, y la fácil accesibilidad de la misma, se decidió encuestar a toda la población, minimizando así las posibles pérdidas.

Variables de estudio

Variable dependiente: Síndrome de *Burnout*. Para medir el grado de *Burnout* se utilizó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Se utilizó una versión traducida y validada al castellano por Gil-Monte y Peiró (1999)⁵⁹ que ha sido utilizada en numerosos estudios realizados en el Estado Español^{1, 2, 16, 47, 56, 60} [ANEXO 1]. Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 6), que contiene las siguientes subescalas: Cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). El CE se valorará mediante ocho preguntas (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del cuestionario con una puntuación máxima de 54 puntos). La DP se recogerá en cinco preguntas cuantificadas (preguntas 5, 10, 11, 15

y 22 con una puntuación máxima de 30 puntos). Y por último, la RP, que será medida a partir de ocho ítems (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 del cuestionario y una puntuación máxima de 48). Se tomaron como valores de referencia los obtenidos en un estudio realizado sobre una muestra normativa general española². El desgaste profesional se entenderá como una variable que ordena a los individuos en un nivel bajo, medio o alto [Tabla 2]. Valores altos en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización son indicativos del Síndrome de estar quemado, al contrario que para la realización personal que se asocia con valores bajos¹².

Variables independientes: Se recogieron las variables sociodemográficas: 1) Edad: en [años], 2) Sexo: [mujer] o [hombre]. 3) Estado civil: categorizada en [casado/a], [pareja de hecho], [soltero/a], [divorciado/a], y [viudo/a]. 4) Hijos: Se recogerán en [número total de hijos]. 5) Hijos a cargo: [sí] o [no] y 6) Fumador [sí] o [no]. Se recogieron también un conjunto de variables laborales relacionadas con el servicio de atención primaria del Sector Calatayud: 1) Se indicó señalar el centro de referencia [Alhama de Aragón], [Ariza], [Ateca], [Calatayud Rural], [Calatayud Urbano], [Daroca], [Illueca], [Morata de Jalón], [Saviñán], [Villarroya de la Sierra]. En el caso de MAC/EAC de sector, Refuerzos eventuales o sustitutos, se indicó marcar el centro en donde el profesional realiza un mayor número de horas en el mes. 2) Categoría profesional: se categorizara en [médico/a] y [enfermero/a]. 3) Años de experiencia profesional: en [años]. 4) Años trabajados en Atención Primaria: En [años]. 5) Años trabajados en el sector: En [años], 6) Situación laboral: dividida en [Plaza en Propiedad], [Interino/a], [Interino/a MAC (médico/a de atención continuada) /EAC (Enfermero de atención continuada)], [Acúmulo de tareas] y [Refuerzo Eventual/sustituto/a] 7) Relación con los compañeros de trabajo: [Muy Buena], [Buena], [Regular], [Mala], [Muy mala]. 8) Se realizará la pregunta: En cuanto a su profesión, si pudiera elegir, le gustaría: [Continuar en centro de salud], [Cambiar a otro centro de salud], [Cambiar al hospital], o [Me dedicaría a otra profesión no sanitaria]. 9) Por último se preguntó ¿Cree usted que la sociedad valora su profesión? Con dos posibles respuestas: [Sí] o [No].

Consentimiento para investigación

El consentimiento para llevar a cabo el presente estudio ha sido proporcionado por la dirección de enfermería de atención primaria del Sector Calatayud.

Recogida de datos

Se elaboró un cuestionario autoaplicado que consta de dos partes. En la primera se recogen las variables sociodemográficas y laborales más relevantes. En la segunda parte se incluye el MBI. Las encuestas fueron entregadas a inicios del mes de Marzo de 2012 y fueron recogidas en la última semana de Abril del mismo año. Se entregó una carpeta con las encuestas a los/as coordinadores/as de medicina y enfermería de cada centro de salud. Éstos fueron los encargados de entregar y recoger las encuestas rellenas. En cada encuesta se explicaba a cada trabajador la finalidad del estudio y la confidencialidad de la información recogida.

Análisis estadísticos

El procesamiento estadístico de las variables se realizó mediante el paquete estadístico SPSS Versión 15.0. Para el análisis de las variables cualitativas, se estimaron las frecuencias y porcentajes. En las variables cuantitativas, se describió la media y desviación estándar para aquellas que seguían una distribución normal y la mediana y la desviación cuartílica para las que no poseían una distribución normal. La normalidad de las mismas se obtuvo mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se analizó la asociación entre el síndrome de *Burnout* y sus dimensiones con las variables cualitativas mediante la prueba Chi-cuadrado. Cuando el valor en algunas de las casillas era inferior a 5, se aplicó el test de Fisher en el análisis de las variables cualitativas. Para el estudio de la relación entre la variable dependiente con las variables cuantitativas, se utilizó la prueba T de Student para aquellas variables que poseían una distribución normal, y la prueba de U de Mann Whitney en aquellas con una distribución no normal. Se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar las diferencias significativas entre las variables cuantitativas en las muestras de médicos/as y enfermeros/as. En todos los análisis se utilizó un nivel de significación estadística del 0,05.

Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio son las posibles ausencias de respuestas a las encuestas, y la negativa por parte de los profesionales a la hora de realizar la encuesta al completo.

RESULTADOS

Tasa de Respuesta

Se distribuyeron 178 cuestionarios entre todos los/as médicos/as y enfermeros/as de los Centros de Salud del Sector, de los cuales se han incluido en el análisis de resultados 95. Se rechazaron 3 encuestas que estaban incompletas y 1 que no cumplía los criterios de inclusión, ya que el tiempo trabajado del participante en el sector era inferior a un año. Se obtuvo una tasa de respuesta del 53,37%, por lo que fue parecida a la de otros estudios realizados con anterioridad, donde el porcentaje oscilaba entre el 84% y el 44%^{9, 35, 47, 56, 61, 62, 63}.

El índice de participación según la categoría profesional fue de un 41,82% para los/as médicos/as, y de 72,06% para los/as enfermeros/as, observándose así una mayor participación de los profesionales de enfermería en el estudio. En cuanto a la distribución de participación por centro de salud, cabe destacar la falta de participación del Centro de Salud de Daroca, donde solo una persona entregó la encuesta. En el resto de centros, la tasa de respuesta superó el 50%, exceptuando los centros de Calatayud Rural y Calatayud Urbano en donde fue algo menor [TABLA 3].

Estadística descriptiva

Variables cualitativas

La muestra de participantes estuvo constituida por 61 (64,2%) mujeres y 34 (35,8%) hombres. En relación con su estado civil, 54 (56,8%) estaban casados/as, 10 (10,5%) se encontraban en situación de pareja de hecho, 19 (20%) eran solteros/as, 11 (11,6%) divorciados y 1 (1,1%) persona estaba viudo/a. 63 (66,3%) personas poseía algún hijo, teniendo 54 (56,8%) de las mismas hijos a su cargo. Eran fumadores 23 (24,2%) de los encuestados, mientras que 72 (75,8%) no fumaban [FIGURA 1]. En cuanto al centro de referencia, 14 (14,7%) pertenecían al centro de salud de Alhama de Aragón, 8 (8,4%) al centro de salud de Ariza, 7 (7,4%) al centro de salud de Ateca, 8 (8,4%) al centro de salud Calatayud Rural, 13 (13,7%) al centro de Calatayud Urbano, 1 (1,1%) al centro de salud de Daroca, 10 (10,5%) al centro de salud de Illueca, 13 (13,7%) al centro de salud de Morata de Jalón, 11 (11,6%) al centro de salud de Saviñan y 10 (10,5%) al centro de salud de Villarroya de la Sierra [FIGURA 2]. La muestra estaba constituida por 46 (48,4%) médicos/as y 49 (51,6%) enfermeros/as. Según la situación laboral de los participantes, 55 (57,9%) poseían la plaza en propiedad, 13 (13,7%) eran interinos, 16 (16,6%) interinos MAC/EAC y 11 (11,6%) refuerzos eventuales o sustitutos/as. La relación con los compañeros del centro era muy buena en 27 (28,4%) participantes, buena en 61 (64,2%), regular en 6 (6,3) y mala en 1 (1,1%). En cuanto a la pregunta ¿si pudiera elegir su lugar de trabajo?, 69 (72,6%) personas señalaron querer continuar en el mismo centro de salud, 17 (17,9%) cambiar a otro centro de salud, 5 (5,3%) cambiar al hospital y 4 (4,2%) se dedicarían a otra profesión

no sanitaria. En relación con la pregunta ¿cree que valora la sociedad su profesión?, 73 (76,8) respondieron que sí, mientras que 22 (23,2) que no [FIGURA 3].

En la variable respuesta Síndrome de *Burnout*, 17 (17,9%) resultaron sí estar quemados por el trabajo con un grado medio-alto, mientras que 78 (82,1%) no. Definiendo la variable según grados del síndrome, 78 (82,1%) poseían un nivel bajo de *Burnout*, 14 (14,7%) un nivel medio y 3 (3,2%) un nivel alto. En cuanto a las dimensiones del síndrome de *Burnout*, el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal se categorizaron los valores en nivel bajo, medio y alto, calculándose de igual modo las frecuencias y porcentajes [TABLA 4].

Se calculó la estadística descriptiva de la muestra de médicos/as y enfermeros/as por separado, para poder comparar así los resultados obtenidos con los de otros estudios donde solo incluían una categoría profesional en el análisis [TABLA 5, 6, 7].

Variables cuantitativas

Se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas estudiadas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, resultando que ninguna de las variables poseía una distribución normal [TABLA 8].

La mediana de la edad fue de 48, con una desviación cuartílica de 18. En el número de hijos, se obtuvo una mediana de 2 y una desviación cuartílica de 2. En cuanto a los años de experiencia profesional, se obtuvo una mediana de 21 y unos valores de desviación cuartílica de 19. En los años trabajados en atención primaria, se adquirió una mediana de 15, con una desviación cuartílica de 18. Los años trabajados en el sector mostraron una mediana de 8, con unos valores de desviación cuartílica de 14. Se calculó también la mediana y la desviación cuartílica de las dimensiones del síndrome de *Burnout* cansancio emocional, despersonalización y realización personal [TABLA 9].

Se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas en las muestras de médicos/as y enfermeros/as por separadas, ya que estos datos fueron necesarios tanto para la realización de la estadística descriptiva como para la estadística inferencial de las mismas. Se observó que, en contra de los resultados obtenidos como muestra conjunta, la “variables años trabajos en atención primaria” y “cansancio emocional” resultaron poseer una distribución normal en la categoría profesional de médicos/as, mientras que en la muestra de enfermeros/as se obtuvo una distribución normal en las variables “edad” y “años de experiencia profesional” [TABLA 10].

En la muestra de médicos/as, los años trabajados en atención primaria mostraron una media de 20,87 con una desviación estándar de 8,237. La mediana de edad fue de 53,50 con una desviación cuartílica de 8. Del número de hijos, se obtuvo una mediana de 2 y una desviación cuartílica de 1. Los años de experiencia profesional mostraron una mediana de 24 y una desviación cuartílica de 13. De los años trabajados en el sector se obtuvo una mediana y una desviación cuartílica de 9 y 17 respectivamente.

En la muestra de enfermeros/as, la media de edad fue de 40,02, con una desviación estándar de 10,594. Se obtuvo una media de 17,29 en los años de experiencia profesional, con una desviación estándar de 10,790. La mediana del número de hijos fue de 1 y la desviación cuartílica de 2. Los años trabajados en atención primaria mostraron una mediana de 6 y una desviación cuartílica de 13. La mediana de los años trabajados en el sector fue de 6 y la desviación cuartílica resultó con un valor de 13.

Al igual que la muestra conjunta, se calculó la estadística descriptiva de las variables que definen las tres dimensiones del síndrome de *Burnout* en las muestras de médicos/as y enfermeros/as. En la muestra de médicos/as, se obtuvo una media de 15,96 y una desviación estándar de 9,933 en la variable cansancio emocional. La realización personal mostró una media de 38,20 y una desviación estándar de 5,423. La despersonalización resultó poseer una mediana de 3 con una desviación cuartílica de 5. En la muestra de enfermeros/as, el cansancio emocional mostró una mediana y una desviación cuartílica de 11. La despersonalización obtuvo una mediana de 3 y una desviación cuartílica de 5. Por último, la realización personal en esta categoría mostró una mediana de 39 y una desviación típica de 9.

Estadística inferencial

En la muestra general, no se encontró ninguna relación significativa entre niveles altos del síndrome de *Burnout* y las demás variables de estudio. Sin embargo, en niveles del síndrome de *Burnout* medio-altos, se observó una asociación significativa con la percepción que posee el profesional en cuanto a cómo valora la sociedad su profesión, con un valor de Chi-cuadrado de 6,647 y una significación del 0,01 [FIGURA 4]. Se obtuvo una relación significativa entre los niveles altos de cansancio emocional y la relación con los compañeros del centro de salud (Test de Fisher con un valor de 7,202 y una significación del 0,049). De igual modo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el cansancio emocional y la percepción que posee el profesional en cuanto a cómo valora la sociedad su profesión (Chi-cuadrado de 7,202 y significación del 0,005) [FIGURA 5]. En cuanto a niveles de despersonalización altos, se mostró una relación significativa con la variable “Sí pudiera elegir, le gustaría cambiar o no a otro centro de salud, hospital o dedicarme a otra profesión no sanitaria” (test de Fisher de 8,38 y significación de 0,025). También se encontró una relación estadísticamente significativa entre la despersonalización y la propia percepción que posee el profesional en cuanto a la valoración de su profesión (Chi-cuadrado de 4,525 y significación de 0,033) [FIGURA 6]. Niveles bajos de realización personal mostraron nuevamente una relación significativa con la pregunta “cree usted que la sociedad valora su profesión” (Chi-cuadrado de 11,59 y significación de 0,001) [FIGURA 7]. La baja realización personal también se relacionó con los años trabajados en el sector (valor en la prueba de U de Mann Whitney de 537 y una significación de 0,018).

En la muestra de médicos/as, no había ningún individuo que presentara niveles altos del síndrome de *Burnout*. Se obtuvo una asociación significativa entre niveles medios del síndrome de *Burnout* y el estado civil (test de Fisher de 8,547, con una significación de 0,032. Niveles altos de cansancio emocional resultaron estar relacionados con la situación laboral del profesional (test de Fisher 6,273 y significación de 0,048). Unos niveles alto de despersonalización resultaron poseer una asociación

significativa con la pregunta “si pudiera elegir, no o sí cambiaría de centro de salud, cambiaría a hospital o me dedicaría a otra profesión sanitaria (test de Fisher de 15,441 y significación de 0,001). De igual modo, niveles bajos de realización profesional se relacionaron estadísticamente con ésta última variable (test de Fisher de 9,201 y significación de 0,011). Niveles bajos de realización profesional mostraron una relación significativa con la percepción que posee el profesional en cuanto a si la sociedad valora o no su profesión (Chi-cuadrado de 7,521 y significación de 0,006) [FIGURA 8]. También se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre los niveles bajos de realización personal y las variables edad (valor en la prueba de U de Mann Whitney de 88,5 y una significación de 0,03) y número de hijos (valor en la prueba de U de Mann Whitney de 87,5 y una significación de 0,018).

En la muestra de enfermeros/as, no se encontró ninguna asociación significativa entre los valores altos del síndrome de *Burnout* y el resto de variables de estudio. Sí se encontró una relación estadísticamente significativa entre niveles medio-alto del síndrome de *Burnout* y la percepción que posee el profesional en cuanto a cómo la sociedad valora su profesión (Chi-cuadrado de 5,754 y significación de 0,016) [FIGURA 9]. De igual modo, niveles altos de cansancio emocional en la muestra resultaron significativos con ésta misma variable (Chi-cuadrado de 4,709 y significación de 0,03) [FIGURA 10]. Niveles altos de despersonalización resultaron poseer una relación significativa con los años trabajados en el sector (valor en la prueba de U de Mann Whitney de 48 y una significación de 0,04) y los años trabajados en atención primaria (valor en la prueba de U de Mann Whitney de 44 y una significación de 0,029). Los niveles bajos de realización personal mostraron una relación estadísticamente significativa con la variables “crees que la sociedad valora tu profesión” (Chi-cuadrado de 4,491 y significación de 0,034) [FIGURA 11] y los años de experiencia profesional (valor de la T de Student de -2,020, con intervalos de confianza de -13,644 para el superior y -0,027 para el inferior. Significación de 0,049).

Comparando las muestras de médicos/as y enfermeros/as, el test de Kruskal-Wallis obtuvo diferencias significativas entre las variables edad (Chi-cuadrado de 27,653 y significación estadística de 0,0), años de experiencia profesional (Chi-cuadrado de 6,751 y significación estadística de 0,009) y años trabajados en atención primaria (Chi-cuadrado de 0,004 y significación estadística de 0,0) [FIGURAS 12,13 Y 14]. La misma prueba aplicada sobre las dimensiones del síndrome de *Burnout* cansancio emocional, despersonalización y realización personal demostró que no había diferencias significativas entre las variables de ambas muestras [TABLA 11].

DISCUSIÓN

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio que se deben tener en cuenta a la hora de generalizar los resultados, se encuentran fundamentalmente el tamaño de la población y sus características derivadas de la zona rural, así como las derivadas del hecho de ser un cuestionario autoadministrado sin control por parte del investigador, con la consiguiente imposibilidad de poder garantizar quién y de qué manera se responde. Del mismo modo, la entrega de cuestionarios autoadministrados por los participantes pudo influir en el porcentaje de encuestas entregadas, ya que la falta de inmediatez en la respuesta favorece además el retraso en la cumplimentación y envío, así como su olvido posterior, terminando en multitud de ocasiones extraviada. Para intentar minimizar estos efectos, se incluyó una carta de presentación en la que, de manera sencilla, se explicaban con detalle los objetivos que pretendían alcanzarse con el estudio, indicando además los lugares o personas a las cuales debían entregar los cuestionarios una vez cumplimentados, favoreciendo así su devolución [ANEXO 2]. Igualmente, se incluyeron los datos de contacto del responsable del estudio, por si fuera necesario clarificar cualquier duda que pudiera surgir a los participantes en relación con las preguntas u objetivos del estudio.

De entre todos los centros de salud encuestados, surgió una negativa total a la realización de la encuesta por parte del equipo de coordinación del centro de salud de Daroca, con lo cual todas las encuestas fueron devueltas en blanco. Sin embargo, sí que existe una encuesta rellena por parte de un profesional de Daroca gracias a que la relleno en otro centro de salud. Esto supuso un gran problema en la estructura del estudio, ya que, tal como se describió anteriormente, lo idóneo sería registrar un mínimo de personas de cada centro de salud para obtener una muestra lo más representativa posible.

Otra de las limitaciones surgidas en relación al tamaño muestral fue el bajo índice de participación por parte del personal médico, ya que de los 74 profesionales estimados para el tamaño muestral, sólo entregaron el cuestionario 46. Por el contrario, la tasa de respuesta de enfermeros/as superó el corte de los 47 estimados como estadísticamente idóneos. Así pues, he de señalar que la muestra de enfermeros/as fue mucho más representativa que la obtenida de los/as médicos/as, al alcanzar y poseer un mayor número de participantes. La mayor tasa de respuesta por parte de los profesionales de enfermería hace pensar que los encuestados en este grupo están más motivados e interesados en el tema del desgaste profesional y la satisfacción laboral. Por otro lado, a la hora de interpretar los resultados, es importante considerar los posibles motivos de las no respuestas, posiblemente relacionadas con insatisfacción, considerarlo inútil, desgana, desinterés o simplemente olvido, e incluso podría considerarse como un factor de tenencia del Síndrome de Burnout.

Dificultades

Una de las dificultades presentes en el estudio es la relacionada con la enorme dispersión entre los distintos centros de salud y la entrega y recogida de los cuestionarios. Se generó un gasto económico considerable en transporte, ya que las distancias recorridas con vehículo propio fueron de unos 600 kilómetros durante todo el proceso de muestreo. Por lo que he de resaltar el importante coste económico que supuso este hecho, añadiendo además el coste de fotocopias de encuestas y carteles informativos distribuidos por cada uno de los centros sanitarios del sector.

Aunque existen numerosos estudios sobre el síndrome de *Burnout*, apenas los hay que comparen la incidencia del problema en las diferentes profesiones sanitarias que trabajan en Atención Primaria. Por lo que ha supuesto un reto mayor a la hora de discutir los resultados obtenidos a través de la comparación con otras poblaciones semejantes.

Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Sector Calatayud (Zaragoza)

Los resultados obtenidos apuntan hacia la existencia de un grado bajo del Síndrome de *Burnout* en el Sector Calatayud, ya que únicamente 3 personas presentaron niveles elevados del mismo en este estudio, siendo mucho mayor la prevalencia en otras poblaciones semejantes dentro del ámbito de la atención primaria a nivel nacional^{19,56,63}. Sin embargo, sí que se observa la presencia de unos niveles medio-elevados del síndrome en 17 (17,9%) personas, resultados que sí coinciden con los de otros estudios^{9, 17, 44,64}. Así pues, se puede observar por ejemplo en el estudio realizado por De Dios Del Valle y Franco Vidal, en el cual se informa de un 44,1% de puntuación medio-alta en la escala de cansancio emocional y de un 36,5% en despersonalización⁶⁵, resultados ligeramente superiores a los obtenidos en la muestra del presente estudio, donde los valores medio-altos de cansancio emocional y despersonalización fueron del 32,6% y 26,3% respectivamente. Estos mismos autores señalan que un bajo grado del síndrome de *Burnout* en áreas de salud rurales pueden deberse a la menor presión asistencial a la que están sometidos los profesionales en comparación con otros sectores sanitarios que comprenden centros de salud urbanos⁶⁵. Esto en parte se debe a la menor población de referencia en estas zonas, ya que el número de pacientes visitados en los pueblos suele ser entorno a los 22 pacientes por día, una cifra muy inferior si se compara con los atendidos en los centros de salud presentes en las ciudades⁶⁵. Así pues, en los centros donde la ratio profesional-pacientes es mucho mayor, como por ejemplo la capital de Madrid y las localidades periurbanas de la ciudad, un elevado grado del síndrome de *Burnout* puede ser originado por el rápido crecimiento poblacional y el consecuente aumento de la demanda de los ciudadanos, originando así que los profesionales se vean desbordados al poseer una mayor carga asistencial⁹.

En Matía Cubillo *et al.* se demuestra igualmente este hecho al comparar los datos obtenidos en las distintas dimensiones del *Burnout* entre dos muestras realizadas, la primera sobre una población de centros de salud urbanos, y la segunda en una centros de salud rural⁶¹. Los resultados señalan una vez más diferencias destacables entre ambos ámbitos profesionales. En éste mismo estudio se presentaron valores en los centros

urbanos del 68,9% en niveles altos de cansancio emocional, 39,3% en niveles altos de despersonalización y 37,7% en niveles bajos de realización personal, obteniéndose en el ámbito rural unos grados menores de los mismos (49% de niveles altos de cansancio emocional, 35% de niveles altos de despersonalización, y 36% de niveles bajos de realización personal)⁶¹. Sin embargo, en una muestra de atención primaria en la provincia de Ourense realizada por Jorge Rodríguez *et al.*, se señaló una ausencia de diferencias entre los medios urbanos y rurales⁶³. Desde una perspectiva sociológica, esto puede deberse a que el límite entre el ámbito rural y el urbano en la sociedad gallega es muy difuso, pareciendo no influir en los resultados de otros estudios semejantes ya descritos⁶³.

A pesar de no haber relación entre el fenómeno *Burnout* y las variables sociodemográficas estudiadas, sí que se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con algunas variables laborales en la muestra conjunta de médicos/as y enfermeros/as. La pregunta “¿Cree que la sociedad valora su profesión?” presentó una asociación significativa con los niveles medio-altos del síndrome de *Burnout* y los niveles extremos de las tres dimensiones que comprenden al mismo (alto en cansancio emocional, alto en despersonalización y bajo en realización personal). Esto puede indicar que un nivel elevado del síndrome de *Burnout* en la muestra estudiada puede relacionarse con la percepción que posee el profesional en cuanto al reconocimiento social de su profesión.

Por otro lado, niveles altos de cansancio emocional mostraron estar asociados con la relación que posee el profesional con los compañeros de trabajo del centro, pudiendo ser una posible causa de niveles elevados en esta dimensión el posible conflicto con algún compañero o el trabajar diariamente en un mal ambiente laboral. Según Sobreques *et al.*, una buena relación interpersonal aumenta el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo⁴⁷. En contrapartida, una mala relación en los equipos de atención primaria también se ha descrito como un factor paradójicamente de riesgo de desgaste³⁷. Algunos autores señalan una relación directa entre la ratio profesional/paciente y la relación con los compañeros, destacando que a mayor ratio, peor relación⁶⁶⁻⁶⁸. Del mismo modo, Matía Cubillo *et al.* señalan que una buena comunicación interna puede ayudar a mejorar las expectativas de los profesionales de atención primaria y prevenir el síndrome del *Burnout*, mejorando a la vez la calidad asistencial⁶¹. Se demostró que grados elevados de despersonalización estaban relacionados con la pregunta “Si pudiera elegir, permanecería en el mismo centro de salud, cambiaría a otro centro de salud, cambiaría al hospital o me dedicaría a otra profesión no sanitaria”. Estos resultados pueden indicar que niveles elevados de despersonalización pueden asociarse con un descontento del profesional en cuanto a su profesión o lugar de trabajo. Una realización personal baja se asoció con los años trabajados en el Sector Calatayud, por lo que puede ser un factor de riesgo el permanecer trabajando varios años en el mismo lugar.

Síndrome de Burnout en médicos/as de Atención Primaria del Sector Calatayud

En el estudio de la muestra de médicos/as, ningún participante registró niveles elevados del síndrome de *Burnout*. Los niveles extremos de las dimensiones del síndrome de *Burnout* cansancio emocional, despersonalización y realización personal fueron mucho más bajos que los obtenidos en otros estudios nacionales realizados sobre muestras de profesionales de medicina en atención primaria^{37,44,47,56,61} [TABLA 12] [FIGURA 15]. Así pues, mientras que los niveles altos de cansancio emocional y despersonalización no superaron el 13% en la muestra de estudio, en estos artículos los niveles elevados en las mismas dimensiones fueron siempre mayores al 30%^{41, 61,69}.

Dentro de la comunidad de Aragón, De Pablo González y Suberviola González realizaron un estudio sobre el síndrome de *Burnout* en las Áreas Sanitarias II y V de Zaragoza³⁷. Los resultados obtenidos en éste mostraron que un 59,7% de los participantes presentaron un alto desgaste profesional en cansancio emocional, un 36,1% en niveles elevados de despersonalización y un 31,2% en niveles bajos de realización personal, muy superiores a los resultados obtenidos en la muestras de médicos/as del Sector Calatayud³⁷. Esta gran diferencia puede ser debida a que las áreas sanitarias de Zaragoza comprenden una mayor cantidad de centros urbanos, los cuales poseen en general unos niveles superiores del síndrome de *Burnout*, tal como se explicó con anterioridad. Por otro lado, desde entonces se han producido cambios importantes en las distribuciones de los sectores desde la realización del estudio de Pablo González y Suberviola González, por lo que sería necesario actualizar estos datos en la comunidad para confirmar verdaderas diferencias entre los grados de *Burnout* en los distintos sectores sanitarios.

Se presentaron niveles medios del síndrome en la muestra de médicos/as, encontrándose una asociación significativa con el estado civil de los profesionales. Los estudios sobre el tema sugieren que, en lo referente al estado civil, el síndrome se ha asociado más con aquellas personas que no tienen pareja estable⁷⁰, registrándose en las personas solteras un mayor cansancio emocional, una mayor despersonalización y unos niveles más bajos de realización personal en comparación con aquellas que están casadas o conviven con parejas estables⁷¹. Se relacionaron los niveles altos de cansancio emocional con la situación laboral de los profesionales de medicina del estudio. Algunos autores sugieren que esta asociación puede deberse a las faltas de expectativas de mejora (ausencia de la carrera profesional), así como por el trato de forma continua con los mismos pacientes, suponiendo un aumento inevitable en la involucración emocional con ellos^{9,62}.

Al igual que en la muestra conjunta, los/as médicos/as con niveles de despersonalización elevados se relacionaron con la pregunta “Si pudiera elegir, permanecería en el mismo centro de salud, cambiaría a otro centro de salud, cambiaría al hospital o me dedicaría a otra profesión no sanitaria”. Niveles bajos de realización personal también se asociaron con esta última variable y con la propia percepción que posee el profesional en cuanto al reconocimiento social de su profesión por parte de la población. En relación a esto, estudios de muestras de médicos/as de atención primaria en España han señalado como una mayor satisfacción por parte del profesional se relaciona con menores niveles de *Burnout*^{47, 69}.

Por otro lado, una realización personal baja se relacionó significativamente con la edad. Los estudios señalan que la edad, aunque no parece influir en la aparición del síndrome, sí se considera un factor de riesgo durante el periodo inicial de sensibilización en los profesionales¹⁹. Esta situación se debe a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome, siendo éstos los primeros años de carrera profesional, ya que es un periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas pueden no ser ni las prometidas ni las esperadas¹⁹. En Sos Tena *et al.* se sostiene que las posibles explicaciones del distrés en jóvenes médicos son: a) dificultades para que los nuevos médicos desarrollen su ejercicio en un área metropolitana⁴¹; b) algunos jóvenes médicos pueden tener expectativas no realistas sobre la naturaleza de la medicina general y pueden sufrir reacciones emocionales en relación a los médicos más mayores que ajustaron sus expectativas⁴¹; c) los más jóvenes estén más preparados para admitir las dificultades⁷²; y d) prejuicios para valorar las cosas en general⁴¹.

Continuando con el mismo tema, se puede observar lo anterior en el estudio realizado por Atance Martínez, donde se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad de los profesionales más jóvenes frente a los mayores en niveles elevados de cansancio emocional y falta de realización personal¹⁹. Por otro lado, Esteva *et al.* también confirmaron estas premisas, ya que realizaron su estudio sobre una muestra de médicos jóvenes, que llevaba pocos años trabajando en atención primaria, indicando cómo un tercio de los participantes presentaron puntuaciones altas de cansancio emocional⁷³, y coincidiendo además con los resultados obtenidos en estudios similares⁷⁴⁻⁷⁶. Soto Cámara señala en su estudio que la edad parece desempeñar un papel moderador en el síndrome, ya que igualmente evidenció que a mayor edad, menor nivel de *Burnout*⁶², relacionándolo posiblemente por el hecho de que el trabajador, según avanzan los años, adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña, haciéndose así menos vulnerable al estrés laboral⁴⁴. Una realización personal baja se asoció con el número de hijos. Al igual que otros estudios, la familia numerosa podría actuar como un factor protector del síndrome de *Burnout*, ya que estas circunstancias suponen tener y recibir un apoyo emocional ajeno al trabajo, que facilita el afrontamiento de problemas personales y conflictos emocionales⁹. Así pues, una vida familiar rica puede actuar como amortiguador emocional sobre un trabajador estresado⁹.

Síndrome de Burnout en enfermeros/as de Atención Primaria del Sector Calatayud

Los estudios realizados únicamente sobre profesionales de enfermería en el ámbito de la atención primaria son aun menos numerosos que los realizados sobre poblaciones de médicos/as.

Los resultados obtenidos en la muestra de enfermeros/as, mostraron que un 18,3% de los participantes poseían un grado medio-alto del síndrome de *Burnout*. Un estudio realizado por Soto Cámara y Santamaría Cuesta en el área de salud de atención primaria de Burgos demostró un nivel mucho más elevado del síndrome, ya que en éste se detectó que el 66,4% de los/as enfermeros/as encuestados presentaron un nivel moderado-alto de *Burnout*⁶². Del mismo modo, se observan grandes diferencias entre

las dimensiones del síndrome de *Burnout* de ambas poblaciones, destacando el alto porcentaje de baja realización personal presente en este estudio (92,8%), en comparación con el 26,5% obtenido en la muestra de enfermeros/as estudiada ⁶². Esta gran diferencia se puede deber en parte a que la muestra del estudio realizado por Soto Cámara y Santamaría Cuesta incluían a 11 centros de salud urbanos de 34, proporción muy distinta a la del Sector Calatayud, donde de los 10 centros solo 1 era Urbano. Esto muestra una vez más las diferencias notables del síndrome entre poblaciones rurales y poblaciones que contienen una mayor proporción de centros urbanos. De igual modo, el número de profesionales de enfermería que participaron en el estudio de Soto Cámara y Santamaría (208) era mucho mayor que el obtenido en este estudio (49), por lo que los resultados fueron mucho más representativos. Por otro lado, De Dios Del Valle y Franco Vidal hallaron unos valores mucho más inferiores en cansancio emocional (10,67%) y despersonalización (6,37%) en una población de centros de salud de Asturias, destacando por el contrario la baja realización personal (61,63%) de los/as enfermeros/as⁶⁵ [TABLA 13] [FIGURA 16].

La muestra de participantes de enfermería estuvo constituida por 11 (22,4%) varones y 38 (77,6%) mujeres, lo cual concuerda con la realidad social de este colectivo profesional⁶². No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre niveles elevados del síndrome de *Burnout* y las variables de estudio.

Sin embargo, al igual que en la muestra conjunta y de médicos/as por separado, se encontró una relación entre niveles medio-altos del síndrome de *Burnout* y la propia percepción que posee el profesional en cuanto a como valora la sociedad su profesión. También se halló una significación entre esta última variable y niveles de cansancio emocional elevados. Algunos autores señalan que, concretamente en los profesionales de enfermería, la asociación entre niveles elevados de *Burnout* y esta variable se puede deber a una falta de reconocimiento tanto por parte de la empresa como de la población, que junto a la escasa autonomía en el trabajo, puede llevar al trabajador a desarrollar con más facilidad el síndrome². Unos valores altos de despersonalización se relacionaron con los años trabajados en el Sector Calatayud. Una posible explicación a esto es que, debido a la enorme dispersión entre los distintos consultorios del sector, puede haberse generado un mayor nivel de esta dimensión en los profesionales de enfermería, ya que normalmente estos suelen atender muchos más pueblos que los médicos/as del Sector. De hecho, algunos estudios señalan la posible asociación entre los kilómetros diarios recorridos durante la jornada laboral⁶¹ o la distancia recorrida desde el centro de trabajo y el domicilio⁶⁴ con la aparición del síndrome de *Burnout*.

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre niveles elevados de despersonalización y los años trabajados en atención primaria de los/as enfermeros/as. Los estudios realizados sobre el tema sostienen estos resultados, indicando que en el actual modelo profesional de atención primaria existe un desgaste profesional que se acentúa con los años trabajados, indicándose además como los componentes del desgaste profesional (cansancio emocional, despersonalización y sentimiento de escasa realización personal) se asocian a la progresiva pérdida de energías de los profesionales⁴⁷. Soto Cámara *et al.* señalaron que una posible explicación para estos resultados podría ser el hecho de que las ambiciosas expectativas de asistencia integral que se trataron de desarrollar con la puesta en marcha de la atención primaria se hayan vuelto contra los propios profesionales, al no ajustarse su entusiasmo a la realidad asistencial actual⁶². Éste mismo autor señala además que la

formación académica específica sobre atención primaria, tal y como se entiende en la actualidad, que recibieron los profesionales de enfermería en su muestra estuvo más orientada a la curación que a la prevención y promoción de la salud, hecho importante que debe tenerse en cuenta⁶². Otro posible argumento que podría explicar esta asociación sería la falta de formación específica para la labor desarrollada, con una clara desconexión entre unos conocimientos teóricos excesivos y el escaso entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional³⁸.

De nuevo, apareció que niveles bajos de realización personal estaban asociados con la propia percepción que posee el profesional en cuanto al reconocimiento social de su profesión por parte de la población. Niveles bajos de realización personal se relacionaron con los años de experiencia profesional. Soto Camara y Santamaría Cuestwa demostraron cómo el desgaste profesional se da con mayor frecuencia en los/as enfermeros/as que llevan entre 11 y 20 años ejerciendo su profesión, lo cual puede deberse a que no están lo suficientemente preparados como para hacer frente a la gran cantidad de conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior⁶². Estos datos se diferencian de los expuestos por Gil-Monte *et al.*³³, para quienes los trabajadores nuevos e inexpertos son los de mayor riesgo poseen. Por otro lado, se puede generar un mayor nivel del síndrome de *Burnout* cuando las expectativas personales, profesionales o económicas que el/la enfermero/a se había propuesto alcanzar en su trabajo no son las conseguidas realmente, produciéndose una sensación de fracaso que, en ocasiones le hace incluso la profesión, situación que se produce tras ciertos años de ejercicio⁶². Estas circunstancias influyen de manera directa sobre el bienestar psicológico del profesional, y el mayor número de posibles casos se detecta en este rango de antigüedad. Los años trabajados también se ha relacionado en otros estudios con alguna otra dimensión del Síndrome de *Burnout*. En concreto, García Grau señala que niveles elevados de cansancio emocional y los años de profesión podrían correlacionarse con el deseo de abandonar el servicio o bien ser una forma de expresión en cuanto al trabajo que los profesionales llevan desempeñando durante muchos años, característica que se ha puesto de manifiesto además en otros estudios^{19,77-79}. Por otro lado, Esteva *et al.* demostraron cómo el hacer guardias y los años de profesión se asocian con el cansancio emocional y la despersonalización⁶⁹. Risquez señala igualmente la existencia de una mayor vulnerabilidad hacia el síndrome de *Burnout* a medida que la experiencia profesional del sujeto es mayor¹, lo cual concuerda nuevamente con otros estudios realizados sobre el tema^{19,41}.

Comparación con otros estudios realizados a nivel internacional sobre el síndrome de Burnout

Comparando los datos del presente estudio con los realizados a nivel internacional, se observa que la prevalencia del síndrome de *Burnout* en profesionales sanitarios varía dependiendo del país.

De esta forma, en un estudio realizado por Zaldúa *et al.*, se evaluó a 168 profesionales de la salud de diferentes centros sanitarios de la ciudad de Buenos Aires, en Argentina, registrándose unos porcentajes altos de *Burnout* del 16,8% en los/as médicos/as y del 4,9% para los/as enfermeros/as⁸⁰. Cabe destacar que mientras que en España las cifras más altas en las dimensiones del *Burnout* suelen ser las asociadas al

cansancio emocional, considerado como uno de los factores claves en el desgaste profesional⁶⁹, los estudios analizados de procedencia argentina muestran como el signo diagnóstico que presenta las puntuaciones medias más elevadas entre los trabajadores sanitarios es el de la despersonalización^{80,81}. Reyes explica estos resultados indicando cómo la despersonalización es la manifestación diagnóstica predominante en el trascurso evolutivo del síndrome⁸², manifestándolo como una conducta defensiva en el trato deshumanizado hacia los demás. De esta forma, el profesional consideraría a los pacientes como simples objetos, lo cual contribuiría a disminuir la sensación de agotamiento y de sobrecarga laboral crónica⁸³.

En Colombia sin embargo, los estudios muestran niveles mucho más bajos que los publicados en España⁸⁴. Así pues, un estudio realizado por Tuesca Molina *et al.* Reveló un 1,9% de niveles altos del síndrome de *Burnout*, con un 15,5% de niveles altos de cansancio emocional, un 16,5% de niveles elevados de despersonalización y un 9,7% de niveles bajos en realización personal⁸⁴.

En México, Hernández Mendoza *et al.* indicaron como en concreto los profesionales de enfermería poseen una mayor predisposición a desarrollar el síndrome de *Burnout* en comparación con otras profesiones no sanitarias⁴. Así pues, se comparó el nivel de estrés laboral en una muestra que incluía a cuatro profesiones (administrativos, docentes, obreros y enfermeros/as) resultando un mayor porcentaje en enfermería (87%), considerando a esta profesión como estresante, señalando además que poseían mayores problemas de salud en comparación con las otras profesiones estudiadas⁸⁵.

Comparación con otros estudios realizados en el ámbito hospitalario sobre el síndrome de Burnout

Comparando los resultados obtenidos en el presente estudio con otros realizados a nivel nacional sobre muestras hospitalarias, se observa que, al contrario de lo que ocurre en atención primaria, se destaca una mayor presencia de estudios en poblaciones de enfermeros/as, sobre todo en unidades con una elevada carga de estrés laboral.

De esta forma, son varios los autores que señalan la prevalencia del síndrome de *Burnout* y sus dimensiones en unidades de cuidados intensivos y urgencias. Concretamente, Ríos Rísquez *et al.* señalaron altos niveles del síndrome de *Burnout* en unidades de cuidados intensivos (54,8%) y Urgencias (30,9%), porcentajes muy superiores a los obtenidos en la muestra de enfermeros/as estudiada (6,1%)¹. Otro estudio realizado en las Unidades de cuidados intensivos de Cataluña indicó nuevamente una alta incidencia del síndrome de *Burnout*, con unos niveles altos de cansancio emocional en el 42,4%, altos de despersonalización en el 44,2% y bajos en realización personal en el 43,5%. En éste se señaló también que una ratio de enfermero-a/paciente mayor de dos provocaba una mayor desmotivación y aumentaba los conflictos interpersonales².

Una de las posibles causas que pueden generar una mayor concentración de niveles elevados del síndrome en estas unidades hospitalarias, en comparación con las obtenidas en centros de atención primaria, es la presencia de turnos nocturnos. Así pues, algunos autores señalan cómo el personal que trabaja en turno de noche suele presentar

puntuaciones más bajas en realización personal. Esta situación podría explicarse por la escasa integración y la falta de participación activa con el resto del equipo. Si a esto añadimos las alteraciones de los ritmos circadianos y de los ciclos vigilia-sueño, el trabajo nocturno se convierte en un fuerte estresor^{19,77,86}. Atance Martínez señala además que la realización de turnos rotatorios y el horario laboral que presentan los profesionales sanitarios en los hospitales pueden generar para algunos autores la presencia del síndrome, señalando que en la enfermería es donde se produce una mayor influencia, aunque indica que no existe unanimidad en cuanto a este criterio¹⁹.

Variables no significativas y su validación en otros estudios sobre síndrome de Burnout

Las variables sociodemográficas analizadas que no han sido significativas, tanto en la muestra conjunta, como en la muestra por separado de médicos/as y enfermeros/as, no tienen en general, tal como se señala en otros estudios, un efecto modulador sobre el síndrome de *Burnout*^{9, 33, 86-90}.

En el sexo, la literatura existente es contradictoria, ya que algunos autores apuntan al varón como el sexo que contiene un mayor riesgo^{44, 56}, mientras que en otros estudios se indica que es el sexo femenino el que posee grados más elevados del síndrome de *Burnout*^{19,77}. Este hallazgo no se ha podido evidenciar en el presente estudio y algunos autores señalan que puede estar en relación con un problema en el diseño del estudio (escasez de varones en la muestra o bien por obtener un tamaño muestral demasiado pequeño)². Del mismo modo, Atance Martínez indicó que las mujeres son principalmente el grupo más vulnerable¹⁹, relacionándolo con la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar⁹¹⁻⁹³, ya que muchas mujeres deben compatibilizar su trabajo con una serie de obligaciones familiares y domésticas, aspectos que son vividos de forma distinta por los varones. Igualmente, el síndrome de *Burnout* está relacionado de alguna forma con la depresión, enfermedad que afecta en mayor proporción al sexo femenino⁶². Por otro lado, los estudios donde se asocian unos mayores índices del síndrome de *Burnout* en el sexo masculino indican que pueden deberse a que, al inicio de su carrera profesional, los varones suelen tener presentes expectativas laborales más elevadas que las mujeres, las cuales, con el paso del tiempo, no se han visto satisfechas⁶².

Aunque ya se ha medido en otros estudios la posible asociación entre el ser fumador y la prevalencia del síndrome de *Burnout* y sus dimensiones⁶², parece indicar que esta variable no influye en absoluto con el mismo, tal como muestran los resultados obtenidos.

En cuanto a las variables laborales relacionadas con el servicio de atención primaria, no se ha encontrado ninguna asociación significativa entre el síndrome de *Burnout* y el centro de referencia. Esto puede ser debido al reducido número de profesionales que ocupa cada centro de salud, siendo necesario conseguir una muestra mayor de la población para verificar si verdaderamente hay alguna asociación con el síndrome de *Burnout*. Otra posibilidad es agrupar los centros de salud según el número de tarjetas sanitarias, datos que no se han podido obtener, dividiéndolos en centros con una mayor y con menor población de referencia, pudiéndose así obtener una posible

asociación significativa en un estudio posterior. Tampoco se encontró ninguna asociación significativa entre el síndrome de *Burnout* y la categoría profesional en la muestra conjunta. Aun así, en su estudio por separado, se ha observado que 3 enfermeros/as poseían un nivel elevado del síndrome, mientras que en ningún médico/a se obtuvo cifras elevadas del mismo.

Sin duda existen otros factores que pueden influir en el fenómeno de la indiferencia de la satisfacción laboral y que no se han evaluado en el presente estudio. El contexto de restricción presupuestaria de la sanidad, la burocratización, el escaso tiempo de consulta, las guías clínicas, el desequilibrio entre las expectativas del paciente y las posibilidades reales de las ciencias de la salud son ejemplos a considerar al abordar un problema sanitario de origen multicausal^{73,94}.

Comparación del síndrome de Burnout entre médicos/as y enfermeros/as de Atención Primaria del Sector Calatayud

Comparando el porcentaje presente en las muestras de médicos/as y enfermeros/as, se pudo observar que únicamente los profesionales de enfermería presentaron índices altos del síndrome de *Burnout* (el 6,1% de la muestra), mientras que ningún profesional de medicina presentó estos niveles de *Burnout*. En cuanto a las dimensiones del síndrome, se obtuvieron porcentajes semejantes en niveles elevados de cansancio emocional y despersonalización. Sin embargo, en la realización profesional, los/as enfermeros/as volvieron a obtener niveles más bajos (26,5%) que los/as médicos/as de la muestra (17,4%). Ésta diferencia se puede deber a que los/as enfermeros/as poseen un mayor riesgo de presentar el síndrome al ser un profesional intermediario entre el enfermo y los problemas de salud derivados hacia el profesional médico, señalando además la mayor implicación de la enfermería con sus pacientes y con sus problemas.

La dimensión del síndrome de *Burnout* que mayor asociación presentó con las variables de estudios en ambas muestras fue la realización personal. Este hecho contradice los resultados de otros estudios realizados sobre el tema, en donde la evidencia muestra como la mayoría de las variables relacionadas con el *Burnout* suelen estar asociadas con la dimensión cansancio emocional⁶¹, que es, de las tres, la que más diferencias aporta⁹⁵ y la que mejor valora la presencia del síndrome⁵⁶.

Tras comparar la distribución de las distintas variables entre las muestras de médicos/as y enfermeros/as, se observó diferencias significativas en la edad, los años de experiencia profesional y los años trabajados en atención primaria. Se pudo observar que en la mayoría de los profesionales de medicina, los participantes poseían una edad que superaba los 41 años. Por el contrario, la muestra de enfermeros/as mostraba una distribución más equitativa entre los distintos grupos de edad. Esta diferencia puede deberse en parte a que los/as médicos/as de familia normalmente suelen trabajar a lo largo de su carrera profesional únicamente en atención primaria, mientras que los/as enfermeros/as pueden pasar temporadas distribuidas entre el ámbito hospitalario y la atención primaria. Este fundamento también explicaría la diferencia en los años trabajados en atención primaria en ambos grupos.

Otra causa que puede explicar la diferencia de edad entre ambas muestras, es que los profesionales de enfermería suelen acabar sus estudios mucho antes que los de medicina, incorporándose de esta forma antes al entorno laboral. Así pues, se explicaría no haber obtenido ningún profesional médico menor a 30 años, mientras que sí se observa una cantidad considerable de enfermeros/as incluidos en ese mismo intervalo de edad. Lo mismo ocurre con los años de experiencia profesional, ya que al terminar antes la carrera de enfermería, estos profesionales suelen tener una mayor cantidad de tiempo trabajado que los profesionales de medicina. En éste sentido, sería interesante incluir en otros estudios el año de finalización de la carrera o especialidad, y el año en que se obtuvo el primer empleo en el sector sanitario, con objeto de precisar y hacer comparables los valores de experiencia entre dos profesionales con carreras universitarias de diferente duración. Sin embargo, cabe señalar que la aplicación del plan Bolonia en las universidades y el aumento del número de especialidades de enfermería puede cambiar esta realidad en los próximos años.

Posibles líneas de intervención ante niveles elevados del síndrome de Burnout en la población

En la actualidad, la visión humanista de la medicina lidia con el planteamiento de un sistema sanitario cada vez más deshumanizado y despersonalizado al que deben adaptarse los profesionales. Al mismo tiempo, la reforma de la Atención Primaria y la escasez de recursos han conllevado que la dedicación del profesional haya aumentado de forma considerable, y que las expectativas de su implicación emocional con los pacientes sean más intensas⁴¹. Se sabe que la complejidad de la práctica médica y enfermera junto con los recientes cambios políticos, sociales y económicos de los profesionales sanitarios son las primordiales causas del incremento de estrés en los mismos⁴¹. Estos datos sugieren la necesidad de profundizar en las causas de este fenómeno, de forma que se puedan diseñar mecanismos de intervención, que corrijan estas tendencias, y redunden en una mejora de la calidad asistencial y organizacional de las áreas básicas y de su eficiencia¹¹. Así pues, las líneas de intervención deben abordar diferentes factores, y de forma diferente según el profesional.

Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren priorizar las intervenciones en los enfermeros/as, ya que poseen unos mayores índices de riesgos del síndrome de *Burnout*. Algunos autores consideran positivo fomentar el trabajo en equipo, planteando estrategias de reducción de la presión (agenda de calidad, cupos nuevos), descansos programados y dotando recursos personales para el manejo del estrés⁶⁴. En el caso del personal de refuerzo y demandante de empleo, se debería establecer una política de recursos humanos que permita la incorporación progresiva a los equipos para conseguir así un mayor desarrollo profesional.

Por otro lado, autores como Horacio Cairo y Hamson proponen 10 puntos claves en la prevención del *Burnout*^{96,97}, que son: 1) Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana; 2) Formación en las emociones; 3) Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo; 4) Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes; 5) Limitar a un máximo la agenda asistencial; 6) Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos de media como mínimo; 7) Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos

materiales de capacitación y mejorando la remuneración; 8) Formación continuada reglada dentro de la jornada laboral; 9) Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos; 10) Diálogo efectivo con las gerencias. Con todo lo expuesto, lograr una organización participativa y un desarrollo de la atención primaria puede contribuir a un mayor grado de autorrealización.

Algunos autores destacan la necesidad de adoptar medidas preventivas ante el fenómeno del *Burnout*, como la existencia de una carrera profesional, pudiendo ser un valioso incentivo de mejora⁴⁷. De mismo modo, es importante destacar que existe una ausencia casi total de formación específica en los profesionales sanitarios de atención primaria en lo que se refiere a técnicas de autocontrol emocional, meditación o manejo del estrés en general, así como del trato con el paciente psiquiátrico (altamente estresante si se carecen de ciertas habilidades)⁹⁸. Esto puede ser una de las posibles causas por las cuales se han originado niveles elevados del síndrome de *Burnout* y sus dimensiones en algunos profesionales estudiados en la muestra. Por esta razón, se resalta la importancia de los cursos de formación impartidos por la empresa o el centro, considerado además un factor de mejora de la satisfacción laboral, así como la posibilidad de realizar rotaciones externas opcionales, incluso hospitalarias⁹. Éstas parecen ser un factor de protección importante, sobre todo en aquellos en los que ya son perceptibles los síntomas de estrés⁹⁹. Algunos autores concluyen que los altos niveles de *Burnout* que encontramos actualmente sólo pueden ser aliviados de forma individual^{100, 101}, basándose en cambios de actitudes personales (técnicas de autocontrol, de relajación o de comunicación asertiva) dirigidas a un mejor manejo de las situaciones de estrés diarios inherentes a nuestra profesión⁹. Este componente personal puede ser mejorado, sin duda, con un cambio de postura del profesional, basado en un mejor adiestramiento en el manejo de situaciones conflictivas con enfermos y familiares, ante la enfermedad en sí misma y, por qué no, ante la propia impotencia del profesional⁹.

En España, hay muestras de que algunos aspectos de la satisfacción laboral (exceso de trabajo, tensión laboral y promoción profesional) han empeorado^{47, 91, 102}. Estos factores pueden ser una fuente de estrés que conduce al desgaste profesional cuando se mantiene de manera permanente y sobrepasa los mecanismos de autodefensa del individuo. Las variables relacionadas con él son excesiva presión asistencial, excesiva responsabilidad por decisiones clínicas que sobrepasan el primer nivel asistencial y dificultades para acceder a la formación profesional continuada. Por todo ello, es de esperar que del grado de satisfacción profesional se deriven implicaciones en el rendimiento y la prestación de cuidados de salud con costes económicos y sociales en el contexto de la creciente demanda que existe en el mercado sanitario¹⁰³.

Durante los últimos años, varios estudios han intentado valorar la relación existente entre la calidad de vida profesional y el síndrome de *Burnout*^{47, 63, 104}. Los resultados de los mismos parecen indicar una relación inversa entre la satisfacción/calidad de vida profesional y el desgaste profesional. De esta forma, Jorge Rodríguez señala que cuanto mayor es la percepción de las demandas o cargas en el trabajo, mayor es el cansancio emocional y la despersonalización⁶³. Del mismo modo, la motivación intrínseca y la calidad de vida total se suelen relacionar directamente con la realización personal, ya que el profesional suple en gran medida la falta de apoyo con su entusiasmo personal⁶³. Teniendo en cuenta el amplio número de variables que influyen en la satisfacción profesional y el desgaste profesional, y las implicaciones que tienen estos conceptos en la calidad asistencial, parece posible influir en las mismas

introduciendo las modificaciones oportunas en el tipo de gestión que se realiza a escala individual y organizacional de la atención primaria⁴⁷. Algunas de las medidas que se plantean sugieren pasar por mejorar las condiciones de trabajo, incremento salarial, impulsar la formación continuada, fomentar el trabajo en equipo y la participación de los profesionales en la toma de decisiones de los equipos de atención primaria⁴⁷. Así pues, se resalta la importancia que el estudio en profundidad, del fenómeno *Burnout* y de sus factores desencadenantes puede tener, ya que estos conocimientos redundarán en una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, con claras ventajas para los pacientes, los profesionales y por supuesto las propias instituciones implicadas¹⁰⁵⁻¹⁰⁹.

En definitiva, el síndrome de *Burnout* puede ser bien manejado por todos aquellos profesionales que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, compañeros de equipo, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente y por último, y no por ello menos importante, contamos con suficientes recursos terapéuticos para tratarlo¹¹⁰.

CONCLUSIONES

La prevalencia en niveles medio-altos del síndrome de *Burnout* en los profesionales del Sector Calatayud fue del 17,9%, obteniéndose unos grados medio-altos en cansancio emocional y despersonalización, y bajos en realización personal en los profesionales sanitarios de atención primaria. Los resultados son algo inferiores a los observados en otros estudios, ya que los porcentajes de los grados medio-altos del síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios del estudio han sido menores. Estos resultados pueden deberse en parte a la menor presión asistencial a la que están sometidos los profesionales en el medio rural, ya que los centros urbanos suelen poseer un mayor cupo de habitantes y por lo tanto una mayor carga de trabajo.

Por lo general, los resultados del presente estudio están en la línea de los estudios publicados, ya que casi todas las variables sociodemográficas y laborales estudiadas se correlacionaron de manera plausible con el desgaste profesional. Hay que resaltar que se ha observado una mayor repetición en la asociación significativa entre la variables que describe “la propia percepción que posee el profesional sanitario en cuanto a como la sociedad valora su profesión” y los con niveles elevados del síndrome y sus dimensiones. Esto puede ser explicado por la falta de reconocimiento tanto de la empresa como de la población del profesional. Concretando, en los profesionales de enfermería la escasa autonomía en algunas tareas del profesional puede aumentar aun más las posibilidades de desarrollar con mayor facilidad el síndrome.

Se obtuvo que la relación con los compañeros de equipo puede generar unos niveles altos de cansancio emocional. También se observó como el descontento del profesional en cuanto a su profesión o lugar de trabajo influye en los niveles elevados de despersonalización. Del mismo modo, los años trabajados en el sector resultaron conllevar a un bajo nivel de realización personal en los profesionales.

Los profesionales de enfermería de los centros de salud del sector presentan un mayor nivel de *Burnout* en comparación con los profesionales de medicina de atención primaria. De hecho, ningún médico/a desarrollo niveles elevados del síndrome. Por otro lado, parece indicarse que los/as médicos/as que poseen pareja e hijos poseen menores niveles medios del síndrome de *Burnout*, al actuar este hecho como un factor protector del mismo. La situación laboral del profesional médico influye en los niveles elevados de cansancio emocional. Por otro lado, la edad de los profesionales médicos se relacionó con niveles bajos de realización profesional, siendo en otros estudios los trabajadores más jóvenes los que posee un mayor riesgo de padecer esta situación. Los años trabajado en el sector y en atención primaria conlleva un mayor cansancio emocional en los enfermeros/as de atención primaria. Igualmente, los años de experiencia profesional de este grupo se relacionaron con bajos índices de realización personal, lo que hace indicar la existencia de una mayor vulnerabilidad hacia el síndrome de *Burnout* a medida que la experiencia profesional del trabajador es mayor.

Los grados de *Burnout* obtenidos en los profesionales sanitarios del Sector Calatayud son menores que lo presentes en otras muestras hospitalarias realizadas a nivel nacional, sobre todo si se compara con otras poblaciones de enfermeros/as. Sería interesante en un futuro estudiar la prevalencia del síndrome de *Burnout* en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, para poder demostrar sí dicha diferencia también se observa dentro del mismo Sector.

La edad, los años de experiencia profesional y los años trabajados en atención primaria son distintos en médicos/as y enfermeros/as. Parece ser que el hecho de que los enfermeros/as se incorporen antes al entorno laboral puede influir en estos resultados, por lo que se recomienda incluir los años de finalización de la carrera y de primer empleo en el sector sanitario en las encuestas de futuros estudios.

Existen líneas de intervención y medidas preventivas que pueden disminuir el desgaste profesional en el sector, fomentando la formación específica en el manejo del estrés, técnicas de autocontrol y mejora de la atención en pacientes psiquiátricos. Del mismo modo, dada la importancia de las consecuencias que este síndrome tiene tanto para la salud como para la organización^{27,28,33,111,112}, se justifica la necesidad de estudios que traten de identificar los niveles de *Burnout* existentes, como paso previo a la intervención y/o prevención de las consecuencias del estrés laboral en este contexto sanitario. La finalidad última de todo ello se podría traducir en obtener una mejor calidad y humanización de los sistemas de salud¹¹³.

Las conclusiones obtenidas se podrían reafirmar con nuevos estudios incluyendo muestras de mayor tamaño y con mayor representatividad a nivel autonómico y nacional para poder aumentar así la validez externa del estudio. De igual modo, dados los múltiples factores que influyen en el síndrome de *Burnout*, sería interesante estudiar nuevas variables que pudieran incidir directa o indirectamente en el síndrome.

AGRADECIMIENTOS

A Natalia Diez por su ayuda en la entrega y recogida de encuestas, a Fernando Urcola por su ayuda documental en la realización de los resultados, a mi tutora de proyecto Ana Belloso por sus consejos y a Juan Viruel por su inestimable ayuda en la elaboración de todo el proyecto.

Igualmente, agradecer la colaboración de todos/as las coordinadores/as de medicina y enfermería, por informar y distribuir los cuestionarios y por supuesto un enorme agradecimiento a todos/as los/as compañeros/as de medicina y enfermería que colaboraron, de forma desinteresada, en la contestación de los cuestionarios.

Se agradece a Flor Pascual, directora del Sector Sanitario de Calatayud, por permitirme la recopilación de los datos para la elaboración del presente trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos Rísquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcaraz F, López Romera A et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva* 2008; 19(1):2-13.
2. García Grau Natalia, Roca Biosca Alba, Carmona Heredia Ana, Olona Cabassés Montserrat. Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de cuidados intensivos de Cataluña. *Metas enferm* 2004 mar; 7(2):6-12.
3. Da Silva Britto E, Pimenta Carvalho AM. Stress, coping (enfrentamiento) y salud general de los enfermeros que actúan en unidades de terapia intensiva y problemas renales. *Enfermería glob* 2004 may; 3(1).
4. Hernández-Mendoza Elena, Cerezo-Reséndiz Sandra, López-Sandoval María Guadalupe. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15(3):161-166.
5. Landy F. Psicología industrial: introducción a la psicología industrial y organizacional. México: McGraw-Hill; 2005.
6. Ramos Martínez María del Carmen, Cano Asuar María. Intervenciones de la enfermera de Salud Mental para mejorar la calidad de vida de los padres que están en lista de espera para adoptar. *Bibl Lascasas* 2010; 6(2).
7. Parkes Katherine. Intervenciones para la gestión del estrés en organizaciones. In: Buendía Jose, editor. Empleo, estrés y salud Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2001. p. 109-129.
8. Freudenberg Herbert. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30:159-165.
9. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001 mar; 27(5):313-317.
10. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. 2nd ed. New York, EE.UU: New York: The Free Press; 1988.
11. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escribano MD, De Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr* 2000; 52(5):418-423.
12. Maslach Christina, Jackson Susan. Maslach burnout inventory manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1981.
13. Maslach Christina, Schaufeli Wilmar, Leiter Michael. "Job burnout". *Annu rev psychol* 2001; 52:397-422.
14. Seisdedos N. Manual MBI Inventario Burnout de Maslach, Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid, España: Tea Ediciones; 1997.
15. Gil Monte Pedro. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Madrid, España: Pirámide; 2005.
16. Gómez Sánchez M^a Carmen, Álamo Santos M^a Carmen, Amador Bohórquez Mercedes, Ceacero Molina Fabiola, Mayor Pascual Asunción, Muñoz González Asunción et al. Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con

- factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Med Segur Trab* 2009; 55(215):52-62.
17. Hernández-Varga Clara Ivette, Juárez García Arturo, Arias Galicia Fernando, Dickinson Bannack Eloisa. Factores Psicosociales Predictores de Burnout en Trabajadores del Sector Salud en Atención Primaria. oct-dic 2009 *Cienc Trab*; 11(34):227-231.
 18. Dormann C. Customer-related social stressors and burnout. *J Occup Health Psychol* 2004; 9:61-82.
 19. Atance Martinez Juan Carlos. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997 may-jun; 71(3):294-303.
 20. Gil Monte Pedro R, Carretero Noelia, Roldán Maria Desamparados. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad estrés* 2005; 11(2-3):281-290.
 21. Olivares Faúndez VE. Análisis de las Propiedades Psicométricas del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos. *Cienc Trab* 2009 oct-dic; 11(34):217-221.
 22. Schaufeli WD, Enzmann D, Girault N. Measurement of burnout: a review. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, editor. *Professional burnout: recent developments in theory and research* UK: Taylor & Francis; 1993. p. 199-215.
 23. Mingote A. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5:493-509.
 24. Edelwich J. *Burnout: stages of disillusionment in helping professions*. Nueva York, EE.UU: Human Services Press; 1980.
 25. Pujol Farriols R. Médicos residentes (MIR) insatisfechos. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:623-624.
 26. Belloch García SL, Renovell Farré V, Calabuig Alborch JR, Gómez Salinas L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 17(3):118-122.
 27. García izquierdo Mariano. *Estrés laboral*, en *Psicología del trabajo y de las organizaciones*. España: Diego Marín; 1999.
 28. Sebastián O. *Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas*. Madrid, España: Jornada Técnica de Actualización de “Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas”; 2002.
 29. Ríos Riesquez María Isabel, Godoy Fernández Carmen. Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias. *CIBER SEEUE* 2007 nov; 56.
 30. Boada i Grau Joan, Agulló Tomás Esteban, De Diego Vallejo Raúl. El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuencias del clima organizacional de la motivación laboral. *Psicothema* 2004; 16(1):125-131.
 31. Fernández Canti Gloria. Burnout y trastornos psicosomáticos. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. Rev Psicol trab organ* 2000; 16(2):229-236.

32. García Izquierdo Mariano, Saéz Navarro María Concepción. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Rev Psicol trab organ* 2002; 16(2):215-228.
33. Gil Monte Pedro. La incidencia del "síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis (Madr)* 1996; 16(4):37-42.
34. García S, González JA. Factores de motivación de los profesionales de la salud en Atención Primaria. *FMC* 1995; 2(1).
35. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *MEDIFAM* 2003 abr; 13(4):291-296.
36. Jofré Viviane SV. Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev Aquichán* 2005 may; 5(1).
37. De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria. *Aten primaria* 1998; 22(9):580-584.
38. De las Cuevas Carlos Castresana. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. Madrid, España: Servier; 1997.
39. Álvarez E. El síndrome de burnout o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991; 11(39):267-273.
40. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996 mar; 16(347):724-728.
41. Sos Tena P, Sobrequés Soriano J, Segura Bernal J, Manzano Mulet E, Rodríguez Muñoz C, García García M et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam* 2002 Dic; 12(10):613-619.
42. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly* 1966; 44:166-203.
43. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992; 6:176-85.
44. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24:352-359.
45. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es calidad? Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid, España: Dupont Pharma; 1997.
46. Fernández MI, Moínelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:139-147.
47. Sobrequés J, Cebrià J, SeguracJ, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31(4):227-233.

48. Maslow Abraham Harold. Motivation and personality. 2nd ed. New York, EE.UU: Harper and Bros Publishers; 1970.
49. Golembiewski RT, Boudreau RA, Munzenrider RF, Lou H. Global burnout: a worldwide pandemic explored by the phase mode. Monographs in organizational behaviour and industrial relations, vol. 21. Greenwich, UK: CT: JAI Press; 1996.
50. Boyle PH, Grap MJ, Younger J, Thornby D. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. J Adv Nurs. 1991; 16:850-857.
51. Topf M. Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. Res Nurs Health 1989 jun; 12(3):174-186.
52. Fernández O. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza; 1998
53. Ibáñez Martínez Nuria, Vilaregut Puigdesens Anna, Abio Roig Anna. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enferm Clínica 2004; 14(3):142-151.
54. Molina Linde Juan Máximo, Avalos Martínez Francisco, Giménez Cervantes Inmaculada. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. Enferm Clínica 2005; 15(5):275-282.
55. Mingote Adán JC. Síndrome burnout. Monogr Psiquiatr Monogr Psiquiatr 1997; IX (5).
56. Prieto Albino L, Robles Agüeroa E, Salazar Martíneza LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria 2002 mar; 29(5):294-302.
57. Perezagua García María Carmen, Vidal Gómez Belén, Del Río Moro Oscar. Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: Enfermeras de urgencias vs Enfermera resto Hospital. Excel Enferm 2005 feb; 3.
58. Albaladejo Romana, Villanueva Rosa, Ortega Paloma, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de n hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004 jul-ago; 78(4):505-516.
59. Gil-Monte Pedro R, Peiró Jose María. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. Psicothema 1999; 11(3):679-689.
60. Segura Bernal Jordi, Ferrer Ventura Marta, Palma Sevillano Carolina, Ger Cabero Sandra, Doménech Cortés Marga, Gutiérrez Blanch Isabel et al. Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. An psicol 2006; 22(1).
61. Matía Cubillo Ángel Carlos, Cordero Guevara José, Mediavilla Bravo Javier, Pereda Riguera María José. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. Aten Primaria 2006; 38(1):58-60.
62. Soto Cámara Raúl, Santamaría Cuesta María Inmaculada. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. Enferm Clínica 2005; 15(3):123-130.

63. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos MA, Issa Pérez S, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(8):442-447.
64. Molina Sigüero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 1:564-571.
65. De Dios Del Valle R, Franco Vidal A. Prevqalencia de burnout entre los profesionales de Atención primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción. *SERMEGEN* 2007; 33(2):58-64.
66. Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de Enfermería del área de salud de Badajoz. *Enferm clín* 2002; 12(2):59-64.
67. Kalliath T. Job satisfaction among nurses: a predictir of burnout levels *J Nurs Adm* 2002; 32(12):648-654.
68. Stordeur S, Vandenberghe C, D'hoore W. Predictors of nurses professional burnout: a study in a university hospital. *Rech Soins Infirm* 1999 Dec; 59:57-67.
69. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten primaria* 2005;35(2):105-106.
70. Moreno Jiménez B, Peñacoba Puente C. *Manuel de Psicología de la salud*. Madrid, España: Siglo XXI; 1996.
71. Dale J. The relations-hip between coache's leadership style and Burnou. *Sport psychologist* 1989:1-13.
72. Carmel S. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 1996; 43:1253-1261.
73. Smith Richard. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001;322:1073-1074.
74. Seltzaer J. Numeroî RE. Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Academy of Management J* 1988;31(2):429-446.
75. Pines AM, editor. *Coping with Burnout*. Convención anual de la Americam Psychology Associarion Toronto, Canada; 1978.
76. Cardinell Charles. Burnout? Mid-life crisis? Let's Understand ourselves. *Contemporary education* 1981; 52(2):103-108.
77. Solano MC, Hernández O, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de cuidados críticos. *Enferm intensiva* 2002; 13(1):9-16.
78. Barrett L. Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Aust Health Rev* 2002; 25(3):109-121.
79. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-1993.
80. Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2000; 1:13-17.

81. Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de Burnout en Hospitales Públicos. *Rev méd* 2000; 1:13-17.
82. Martinez M, Guerra P. Síndrome Burnout: el riesgo de ser profesional de ayuda. *Salud y Cambio* 1995; 23:45-58.
83. Marcelo Reyes Juan, Soloaga Guillermo, Pérez Quintana Patricia, Dos Santos Antola Lorena. El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del hospital Juan Ramón Gomez de la localidad de Santa Lucia, Corrientes. *Rev posgrado VIa Cátedra Med* 2007 Mar; 167:1-7.
84. Tuesca Molina Rafael, Iguarán Urdaneta María, Suárez Lafaurie Melissa, Vargas Torres Glenda, Vergara Serpa Deisy. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte* 2006 dic; 22(2).
85. Juárez-García A. Identificación de Factores Psicosociales en Diferentes Ocupaciones por medio de Redes Semánticas. *Rev Psicol Soc Personalidad* 2002.
86. Olmedo M, Moya AM, Santed MA. Evaluación del síndrome de Burnout en personal de Enfermería de empresa. *Asociación Española de enfermería del Trabajo y Salud Laboral* 2001; 7:6-9.
87. Artiga Ruiz Antonio. La Enfermería ante el Síndrome Burnout. Estudio Comparativo entre Atención Primaria y Atención especializada. *Enferm cient* 2000; 220:11-16.
88. Malach-Pines A. Nurses Burnout: An Existential Psychodynamic Perspective. *J psychosoc nurs ment health serv* 2000 Feb; 38(2):23-31.
89. Manzano G RF. La despersonalización clave para identificar el síndrome de Burnout en personal de Enfermería. *Enferm cient* 1999; 206:69-78.
90. Carmona FJ, Sanz LJ, Marín D. Síndrome de Burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de Enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm cient* 1999; 202:61-67.
91. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practioners. *BMJ* 1.989; 289:366-370.
92. Bowman MA AD. *Stress and Women Physician*. New York, EE.UU: Springer; 1985.
93. Mc Craine EW, Lambert V.A. Lambert CE. Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 1987; 33(6):374-37X. *Nursing Research* 1987; 33(6):374-379.
94. Bonn D BJ. Work-related stress: can it be a thing of thepast? *Lancet* 2000; 355:124.
95. Martínez de la Casa Muñoz A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria* 2003; 32:343-348.
96. Hamson WD. A social competence model or Burnout. *Stress and Burnout in the human services professions. The New England Journald* 2005; 31:29-31.

97. Cairo Horacio. Burnout o estrés laboral: un síndrome cada vez más expandido. 2002; Available at: http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml . Accessed 05/22, 2012.
98. Jones RL. Educating family physicians to care for the chronically mentally ill. *Fam Pract* 1987; 24:177-183.
99. Edelwich J. Burnout: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York, EE.UU: Human Services Press; 1980.
100. Livianos Aldana. El desgaste profesional del psiquiatra: resultados de una encuesta entre profesionales. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27:305-309.
101. Fernández-Ríos Luis. Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. Madrid, España: Siglo XXI; 1994.
102. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Fam Pract* 2000; 17:364-371.
103. Tait D, Katharine A, Joyce E, Anthony L. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136:358-367.
104. Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac sanit* 2003; 17:483-489.
105. Morrell DC, Evans ME, Roland MO. The five minute consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ* 1986; 292:870-873.
106. López-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso_Mateos JL, Luna JD, Catalán J. Emotional distress and occupational Burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: a comparison with oncology and internal medicine services. *Psychotherapy & Psychosom* 1999; 68:348-356.
107. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *J Nurs Administ* 2001; 31:260-272.
108. Ewers P, Bradshaw T, McGowem J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce Burnout rates in forensic nurses? *J Adv Nurs* 2002; 37:470-476.
109. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001; 286:301-314.
110. Thomaé María Noelia Vanessa, Ayala Elio Adrian, Spham Marina Soledad, Stortti Mercedes Alejandra. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Rev posgrado VIa Cátedra Med* 2006 Ene; 153:18-21.
111. Melamed S, Ugarten U, Shiron A. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Psychosom Res* 1999; 46:591-598.
112. Ramos F, De Castro R, Galindo D. Síndrome de desgaste profesional (burnout). *Mapfre Medicina* 1998; 9:189-196.

113. Ríos Riskey MI, Peñalver Hernandez F, Godoy Fernandez C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2008; 19(4):169-178.

TABLAS

Tabla 1. *Cálculo del muestreo probabilístico estratificado por asignación proporcional según “Categoría profesional” y “Centro de salud”.*

		CATEGORIA PROFESIONAL		TOTAL muestra/población
		MÉDICO/A muestra/población	ENFERMERO/A muestra/población	
CENTRO DE SALUD	Alhama de Aragón	9 / 14	4 / 6	13 / 20
	Ariza	6 / 9	4 / 5	10 / 14
	Ateca	6 / 9	4 / 5	10 / 14
	Calatayud Urbano	11 / 16	8 / 12	19 / 28
	Calatayud Rural	11 / 16	7 / 10	18 / 26
	Daroca	10 / 14	5 / 7	15 / 21
	Illueca	8 / 12	5 / 7	13 / 19
	Morata de Jalón	6 / 9	4 / 5	10 / 14
	Saviñan	4 / 6	4 / 6	8 / 12
	Villarroya de la Sierra	3 / 5	4 / 5	7 / 10
TOTAL muestra/población		74 / 110	49 / 68	123 / 178

Tabla 2. *Puntos de corte para las puntuaciones del Inventario de Maslach en el sector sanitario.*

	NIVEL DE DESGASTE PROFESIONAL		
	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34-39	≤ 33

Tabla 3. Tasas de respuestas de los participantes distribuidas según Centro de Salud

		TASA DE RESPUESTA
CENTRO DE SALUD	Alhama de Aragón	70%
	Ariza	57,14%
	Ateca	50%
	Calatayud Urbano	46,43%
	Calatayud Rural	30,77%
	Daroca	4,76%
	Illueca	52,63%
	Morata de Jalón	92,86%
	Saviñan	91,66%
	Villarroya de la Sierra	100%

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de las subvariables de interés Cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

		FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CANSANCIO EMOCIONAL	Nivel bajo	64	67,4%
	Nivel medio	19	20%
	Nivel Alto	12	12,6%
DESPERSONALIZACIÓN	Nivel bajo	70	73,7%
	Nivel medio	15	15,8%
	Nivel alto	10	10,5%
REALIZACIÓN PERSONAL	Nivel bajo	21	22,1%
	Nivel medio	33	34,7%
	Nivel alto	41	43,2%

Tabla 5. Descripción de la muestra por categoría profesional según variables sociodemográficas

			MUESTRA			
			MÉDICOS		ENFERMEROS	
			n	%	n	%
VARIABLES	SEXO	Mujer	23	50%	38	77,6%
		Hombre	23	50%	11	22,4%
	ESTADO CIVIL	Casado/a	29	63,%	25	51%
		Pareja de hecho	4	8,7%	6	12,2%
		Soltero/a	5	10,9%	14	28,6%
		Divorciado/a	7	15,2%	4	8,2%
		Viudo/a	1	2,2%	0	0%
	HIJOS A CARGO	Si	28	60,9%	26	53,1%
		No	18	39,1%	23	46,9%
	FUMADOR/A	Si	9	19,6%	14	28,6%
		No	37	80,4%	35	71,4%

Tabla 6. Descripción de la muestra por categoría profesional según variables laborales

VARIABLES			MUESTRA			
			MÉDICOS/AS		ENFERMEROS/AS	
			N	%	N	%
	CENTRO DE REFERENCIA	Alhama de Aragón	10	21,7%	4	8,2%
		Ariza	3	6,5%	5	10,2%
		Ateca	3	6,5%	4	8,2%
		Calatayud Rural	1	2,2%	7	14,3%
		Calatayud Urbano	5	10,8%	8	16,3%
		Daroca	0	0%	1	2%
		Illueca	5	10,9%	5	10,2%
		Morata de Jalón	9	19,6%	4	8,2%
		Saviñan	5	10,9%	6	12,2%
		Villarroya de la Sierra	5	10,9%	5	10,2%
	SITUACIÓN LABORAL	Plaza en propiedad	31	67,4%	24	49%
		Interino/a	6	13%	7	14,3%
		Interino/a MAP/EAC	7	15,2%	9	18,4%
		Refuerzo/sustituto/a	2	4,3%	9	18,4%
	RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS	Muy Buena	13	28,3%	14	28,6%
		Buena	28	60,9%	33	67,3%
		Regular	4	8,7%	2	4,1%
		Mala	1	2,2%	0	0%
	SI PUDIERA ELEGIR	Continuar en el C.S	33	71,7%	36	73,5%
		Cambiar a otro C.S	9	19,6%	8	16,%
		Cambiar al Hospital	2	4,3%	3	6,1%
		Me dedicaría a otra profesión	2	4,3%	2	4,1%
	CREE QUE VALORA LA SOCIEDAD SU PROFESIÓN	Sí	36	78,3%	37	75,5%
		No	10	21,7%	12	24,5%

Tabla 7. Descripción de la muestra por categoría profesional según la variable “Síndrome de Burnout” y sus dimensiones.

VARIABLES			MUESTRA			
			MÉDICOS/AS		ENFERMEROS/AS	
			n	%	n	%
	SÍNDROME DE BURNOUT	Bajo	38	82,6%	40	81,6%
		Medio	8	17,4%	6	12,2%
		Alto	0	0%	3	6,1%
	CANSANCIO EMOCIONAL	Bajo	28	60,9%	36	73,5%
		Medio	12	26,1%	7	14,3%
		Alto	6	13%	6	12,2%
	DESPERSONALIZACIÓN	Bajo	34	73,9%	36	73,5%
		Medio	7	15,2%	8	16,3%
		Alto	5	10,9%	5	10,2%
	REALIZACIÓN PERSONAL	Bajo	8	17,4%	13	26,5%
		Medio	18	39,1%	15	30,6%
		Alto	20	43,5%	21	42,9%

Tabla 8. Significación obtenida tras el análisis de la prueba para conocer la normalidad de Kolmogorov-Smirnov en variables cuantitativas. AP (Atención Primaria) CE (Cansancio Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

		SIG.KOLMOGOROV-SMIRNOV	DISTRIBUCIÓN
VARIABLES	Edad	0,005	NO NORMAL
	Número de hijos	0,000	NO NORMAL
	Exp. Profesional	0,001	NO NORMAL
	Años trabajo en AP	0,002	NO NORMAL
	Años trabajo en Sector	0,000	NO NORMAL
	CE	0,001	NO NORMAL
	DP	0,000	NO NORMAL
	RP	0,004	NO NORMAL

Tabla 9. Valores de mediana y desviación cuartílica para las dimensiones del síndrome de Burnout cansancio emocional, despersonalización y realización personal

	MEDIANA	DESV.CUARTÍLICA
CANSANCIO EMOCIONAL	13	12
DESPERSONALIZACIÓN	3	5
REALIZACIÓN PERSONAL	39	8

Tabla 10. Significación obtenida tras el análisis de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la normalidad en variables cuantitativas en las muestras de médicos/as y enfermeros/as. CE (Cansancio Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

		MUESTRAS			
		MÉDICOS/AS		ENFERMEROS/AS	
		Sig.Kolmogorov-Smirnov	Distribución	Sig.Kolmogorov-Smirnov	Distribución
VARIABLES	Edad	0,014	NO NORMAL	0,2	NORMAL
	Número de hijos	0,0	NO NORMAL	0,0	NO NORMAL
	Exp. Profesional	0,013	NO NORMAL	0,173	NORMAL
	Años trabajo en AP	0,2	NORMAL	0,0	NO NORMAL
	Años trabajo en Sector	0,01	NO NORMAL	0,0	NO NORMAL
	CE	0,162	NORMAL	0,0	NO NORMAL
	DP	0,004	NO NORMAL	0,003	NO NORMAL
	RP	0,2	NORMAL	0,0	NO NORMAL

Tabla 11. Asociación estadística en las dimensiones del síndrome de Burnout entre las muestras de médicos/as y enfermeros/as a través de la prueba de Kruskal-Wallis. CE (Cansancio Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

		TEST DE KRUSKAL-WALLIS		
		Chi-cuadrado	Sig.	Asociación
DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	CE	0,661	0,416	NO
	DP	0,041	0,84	NO
	RP	0,002	0,961	NO

Tabla 12. Prevalencia de Burnout alto en las distintas dimensiones del síndrome entre poblaciones de médicos/as de atención primaria en España.

		DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT		
		Alto Cansancio Emocional	Alta Despersonalización	Baja Realización Personal
ESTUDIOS	Sector Calatayud	13%	10,9%	17,4%
	Burgos 2005 ⁶¹	56,8%	37%	34,8%
	Caceres 2002 ⁵⁶	31,6%	34,8%	41,7%
	Barcelona 2001 ⁴⁷	30,6%	41,6%	24,2%
	Asturias 1999 ⁴⁴	38,9%	33,8%	36%
	Zaragoza 1998 ³⁷	59,7%	36,1%	31,2%
	Madrid 1998 ³⁷	30,6%	31,2%	24,2%

Tabla 13. Prevalencia de Burnout alto en las distintas dimensiones del síndrome entre poblaciones de enfermeros/as de atención primaria en España.

		DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT		
		Alto Cansancio Emocional	Alta Despersonalización	Baja Realización Personal
	Sector Calatayud	12,2%	12,2%	26,5%
	Burgos 2005 ⁶²	28,8%	32,2%	92,8%
	Asturias 2004 ⁶⁵	10,7%	6,37%	61,63%

FIGURAS

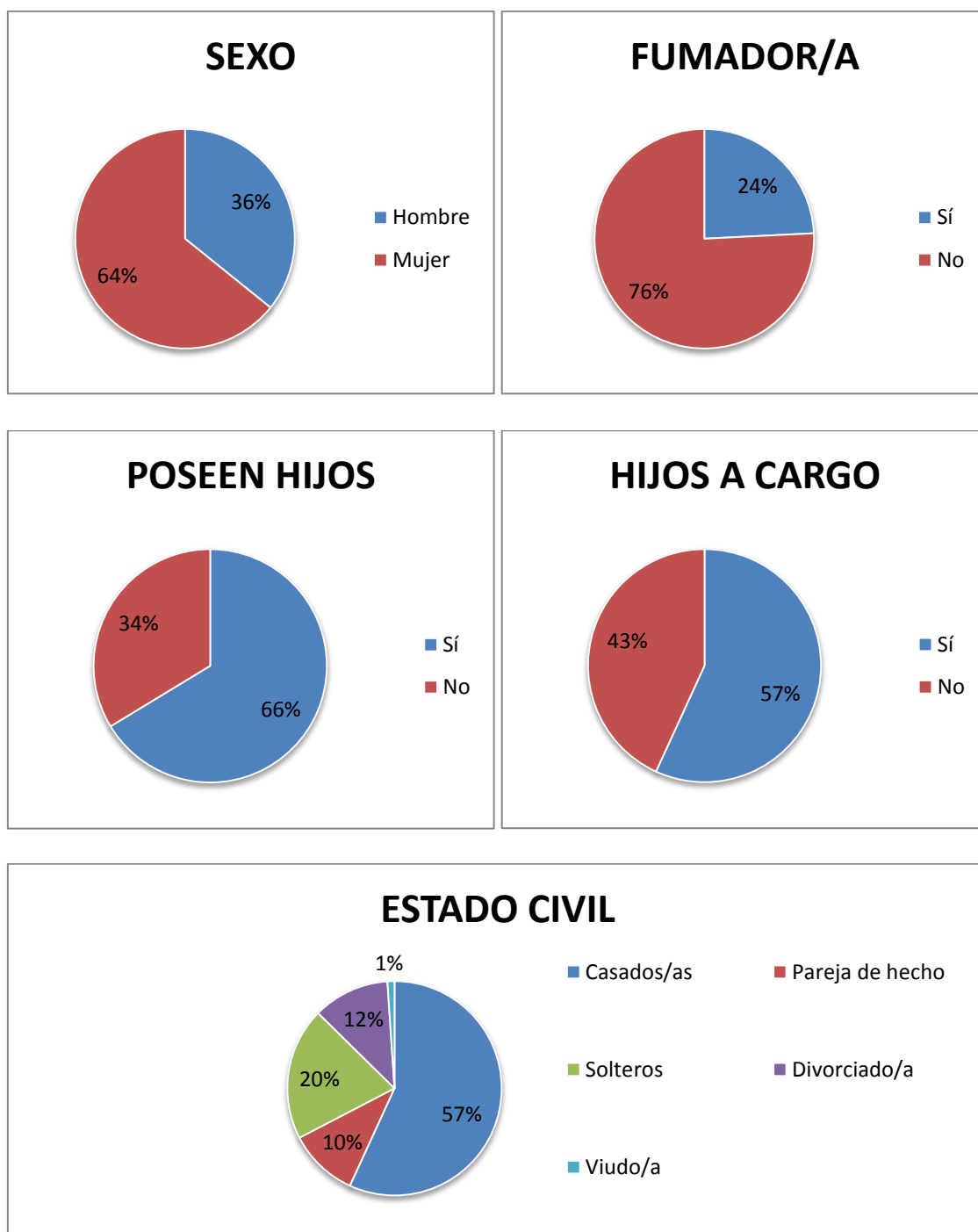


Figura 1. Representación gráfica de las variables sociodemográficas de la muestra de la población.

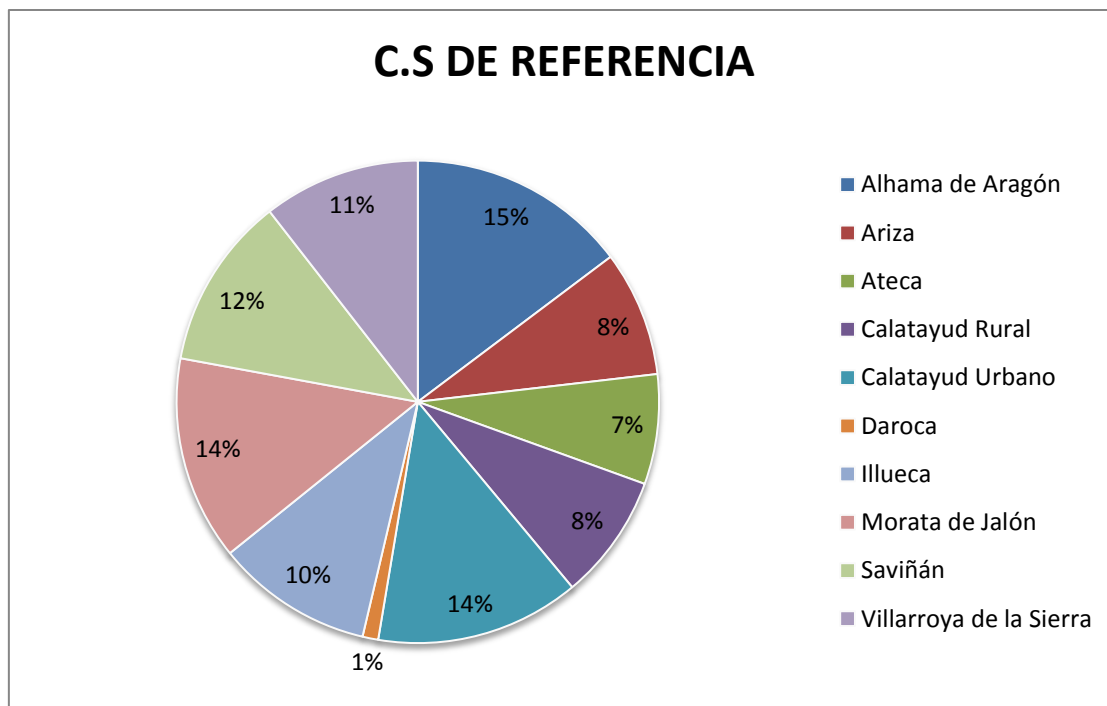


Figura 2. Representación gráfica de la distribución de la muestra por centro de referencia. C.S (Centro de Salud)

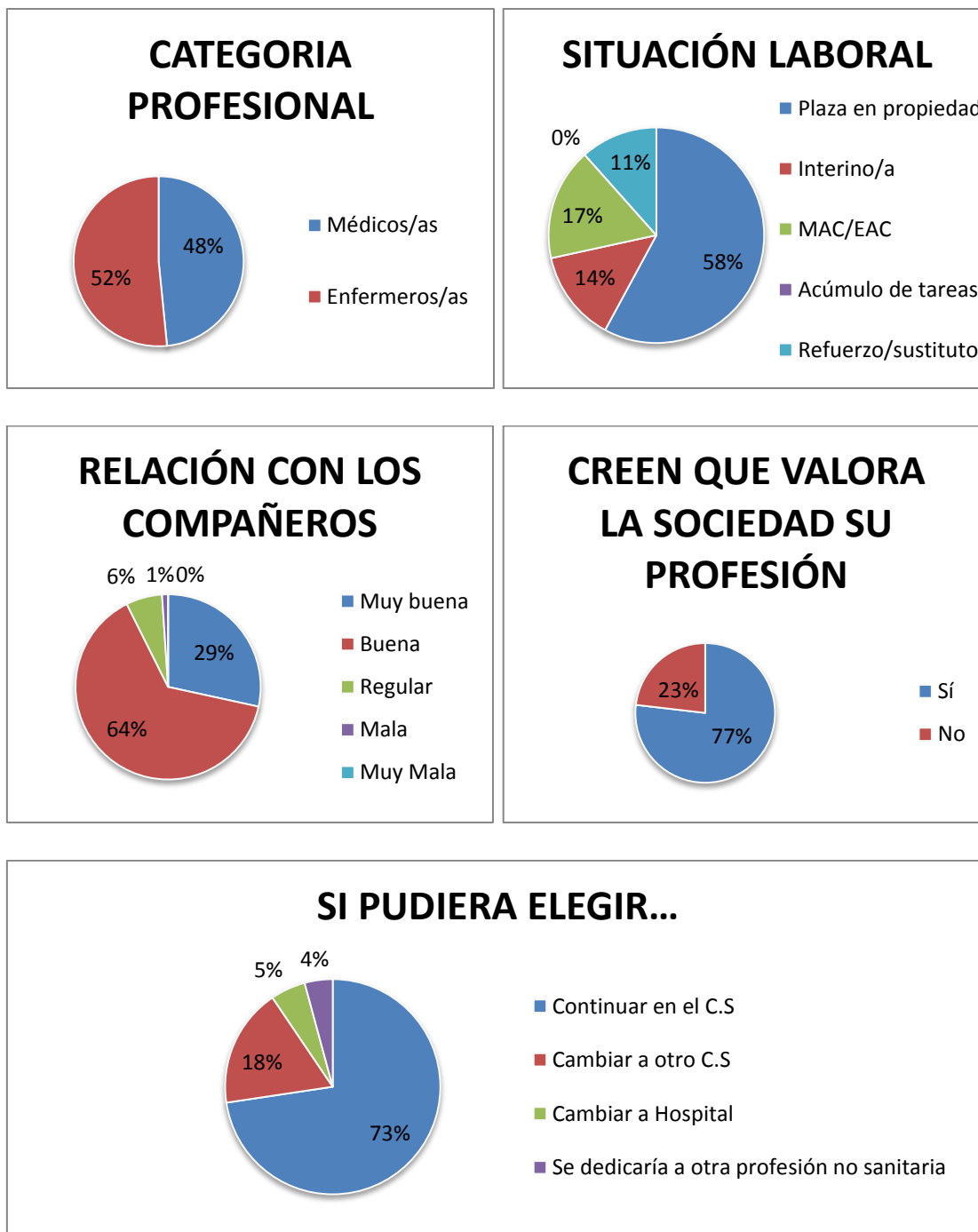


Figura 3. Representación gráfica de las variables laborales de interés de la muestra. (C.S) Centro de Salud.

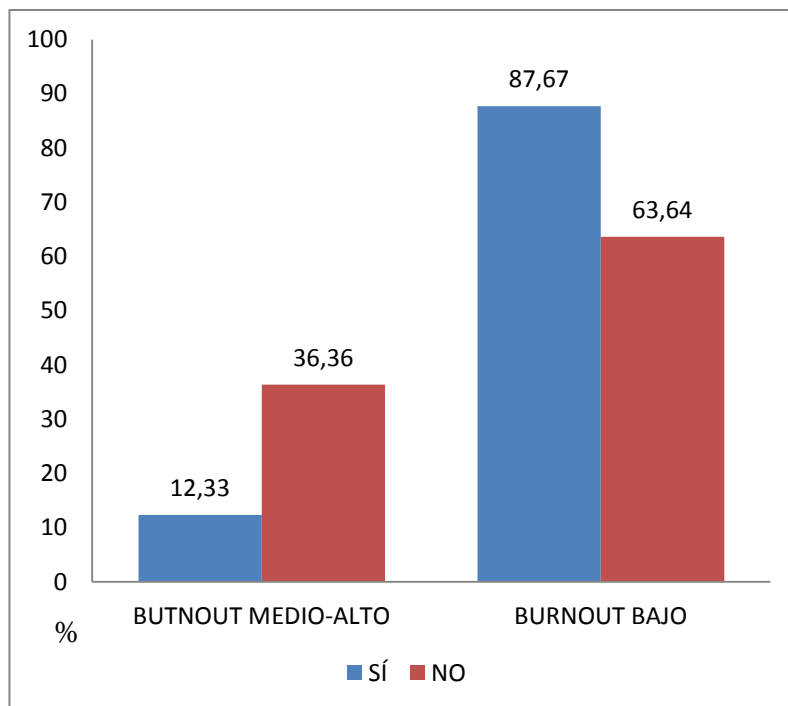


Figura 4. Representación gráfica de la percepción que poseen los profesionales sanitarios del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Burnout.

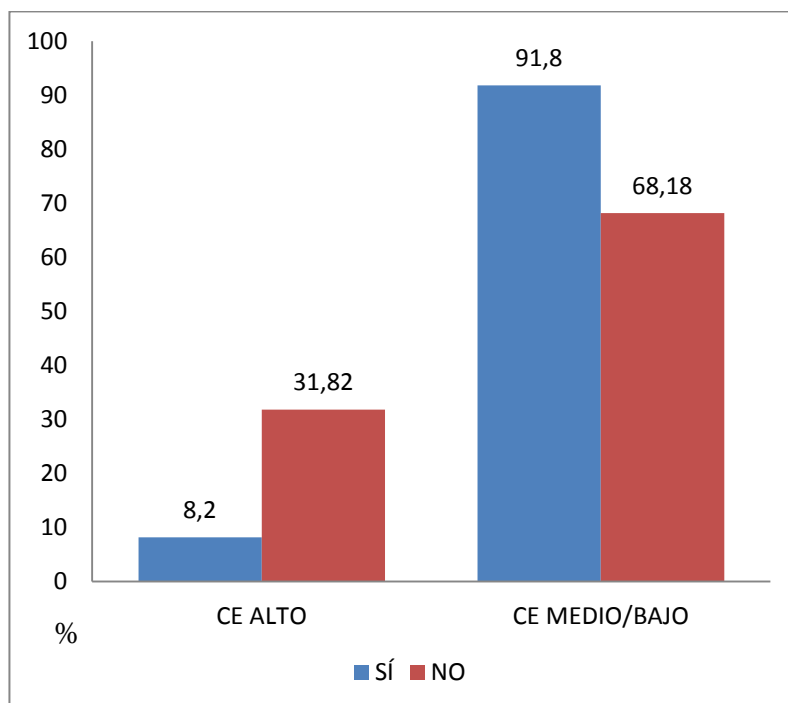


Figura 5. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales sanitarios del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Cansancio Emocional (CE).

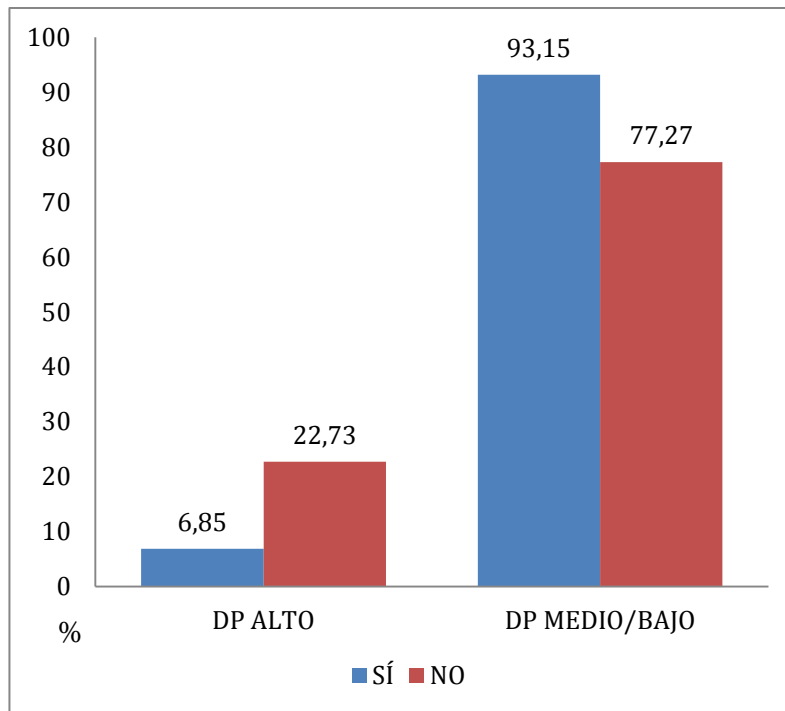


Figura 6. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales sanitarios del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado Despersonalización (DP).

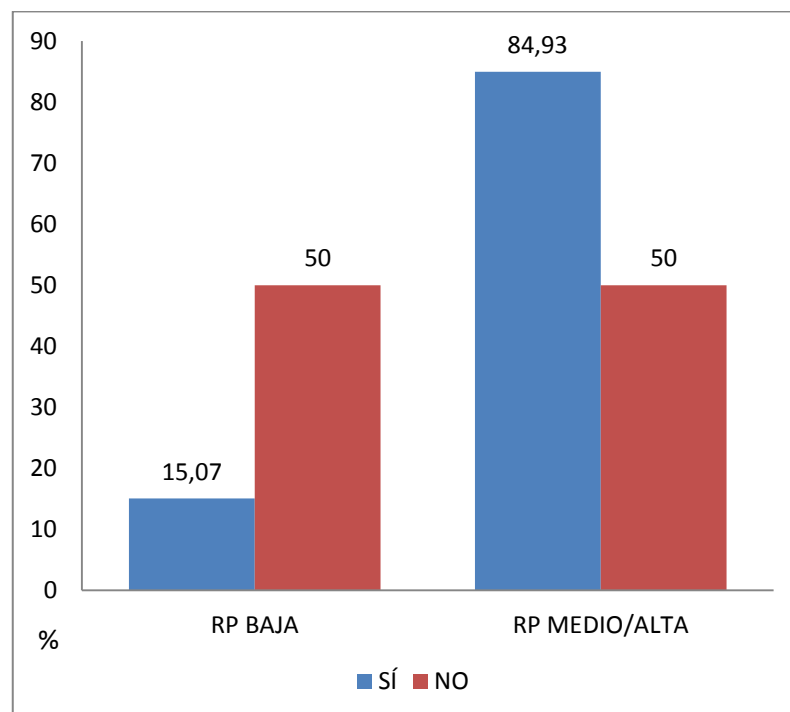


Figura 7. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales sanitarios del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Realización Personal (RP).

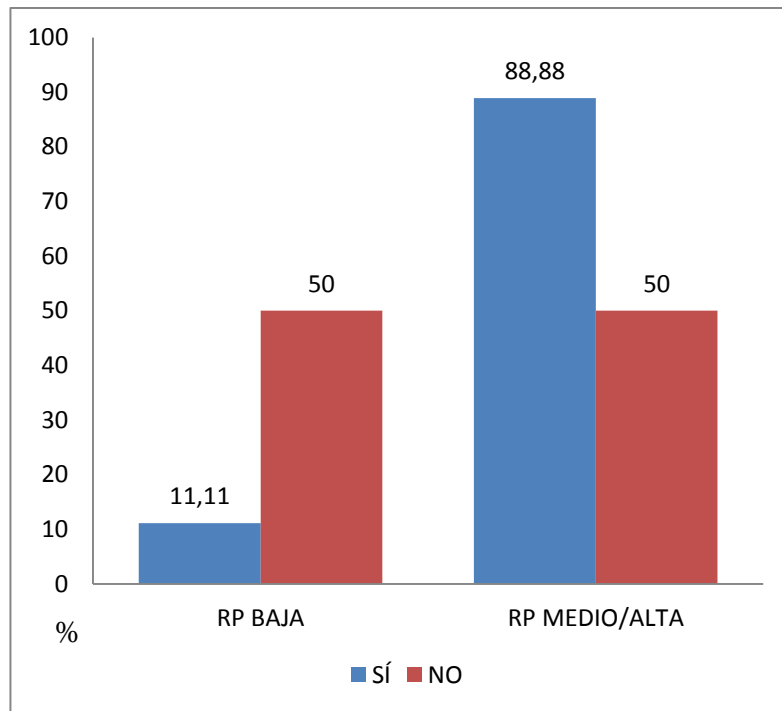


Figura 8. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales de medicina del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Realización Personal (RP).

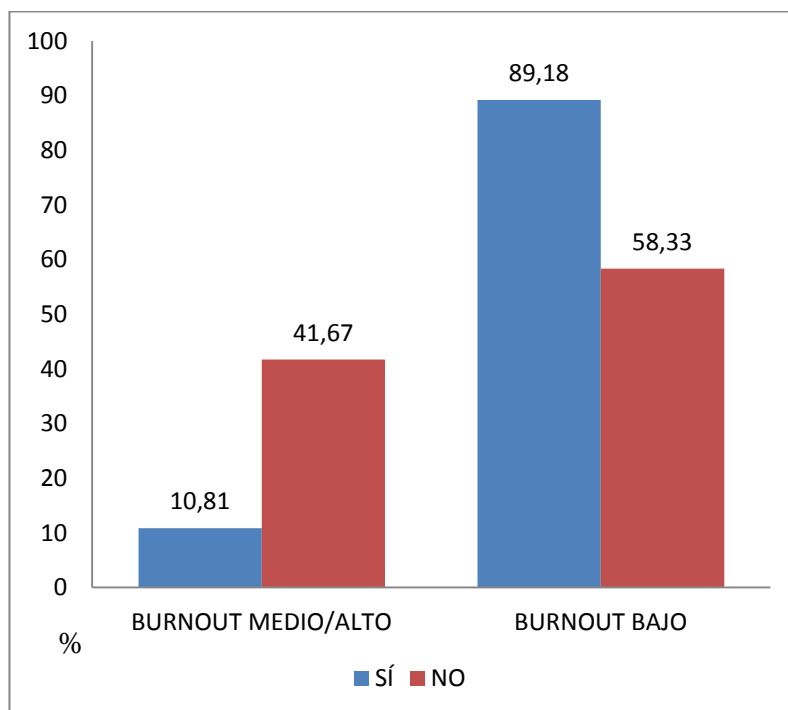


Figura 9. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales de enfermería del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Burnout.

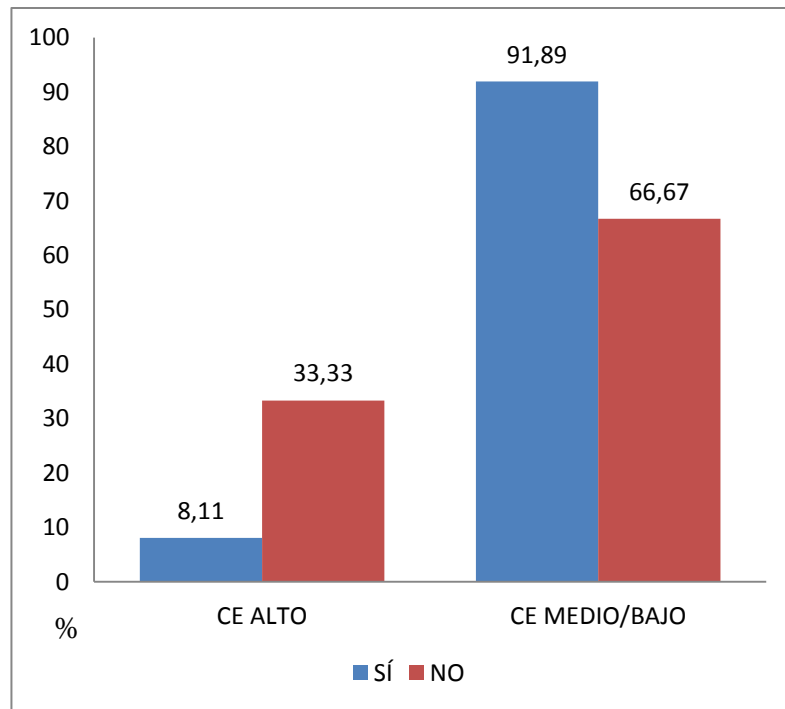


Figura 10. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales de enfermería del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Cansancio Emocional (CE).

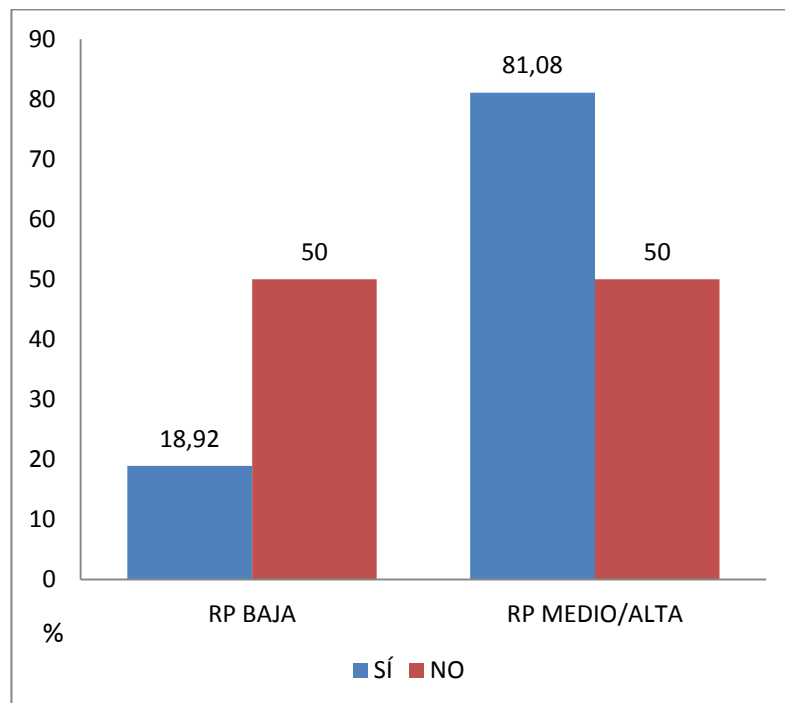


Figura 11. Representación gráfica de la percepción que posee los profesionales de enfermería del estudio en cuanto a si la sociedad sí valora o no su profesión según el grado de Realización Personal (RP).

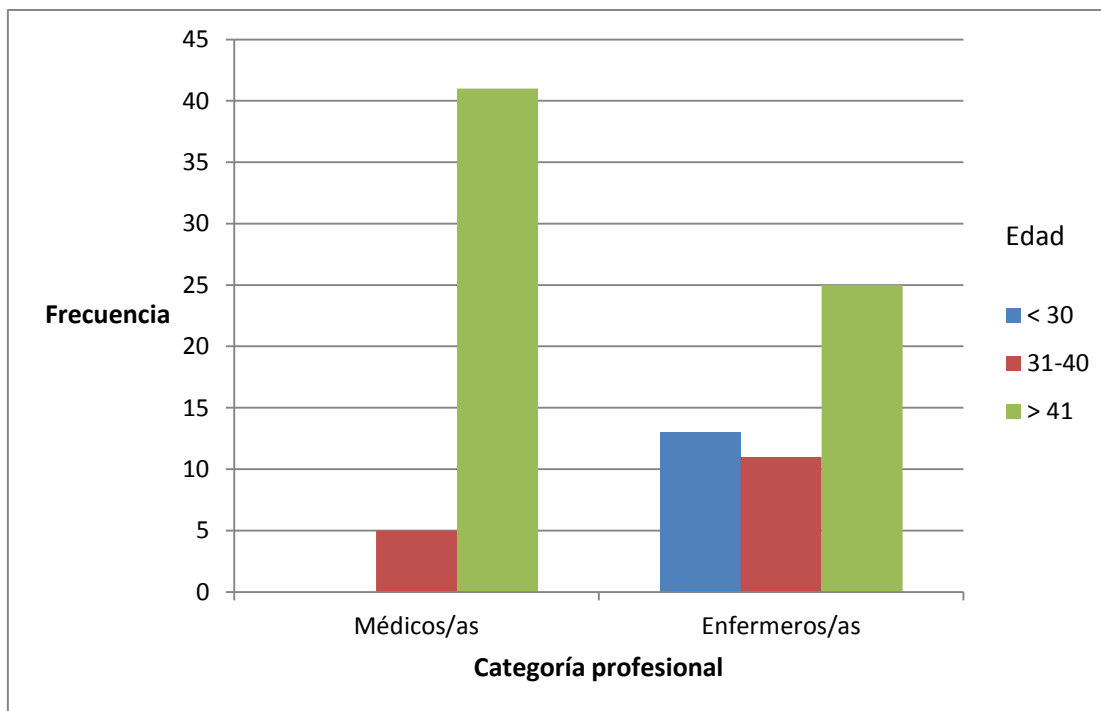


Figura 12. Representación en diagrama de barras de la edad en los grupos de médicos/as y enfermeros/as.

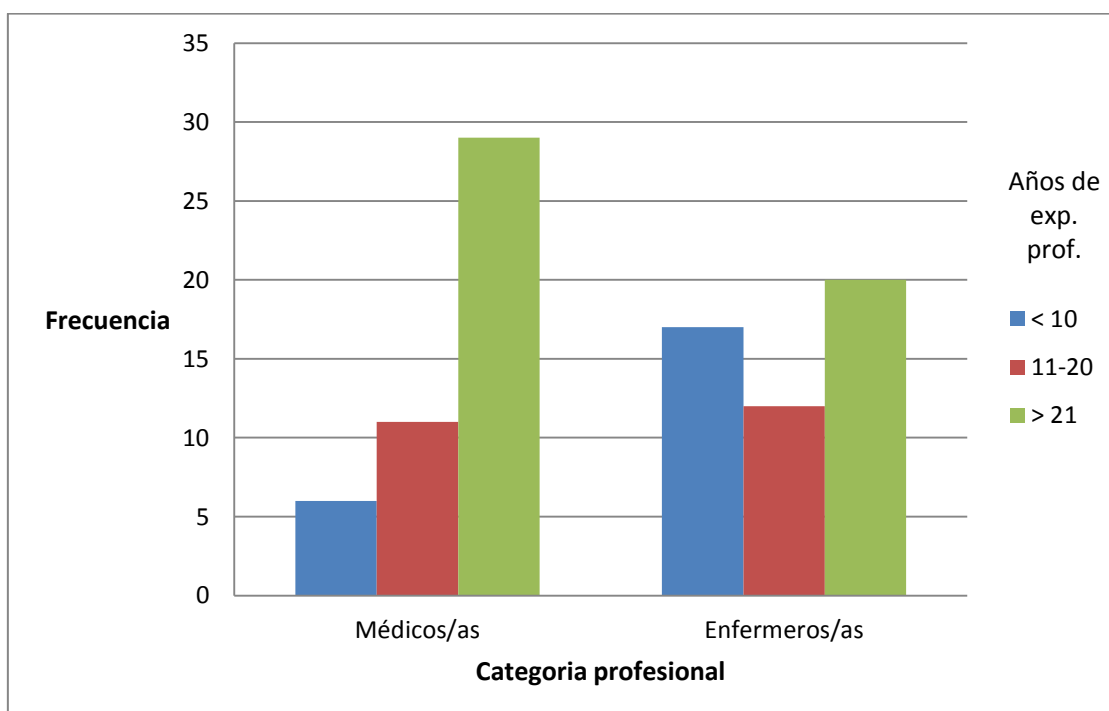


Figura 13. Representación en diagrama de barras de los años de experiencia profesional en los grupos de médicos/as y enfermeros/as.

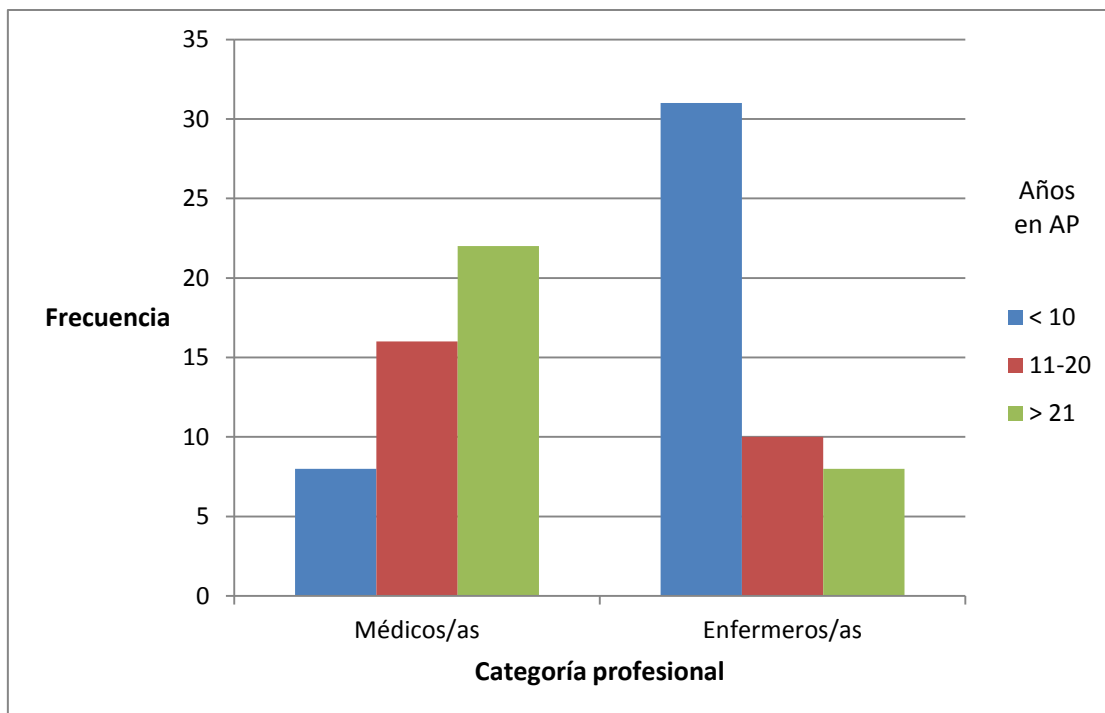


Figura 14. Representación en diagrama de barras de los años trabajados en atención primaria en los grupos de médicos/as y enfermeros/as. AP (Atención Primaria)

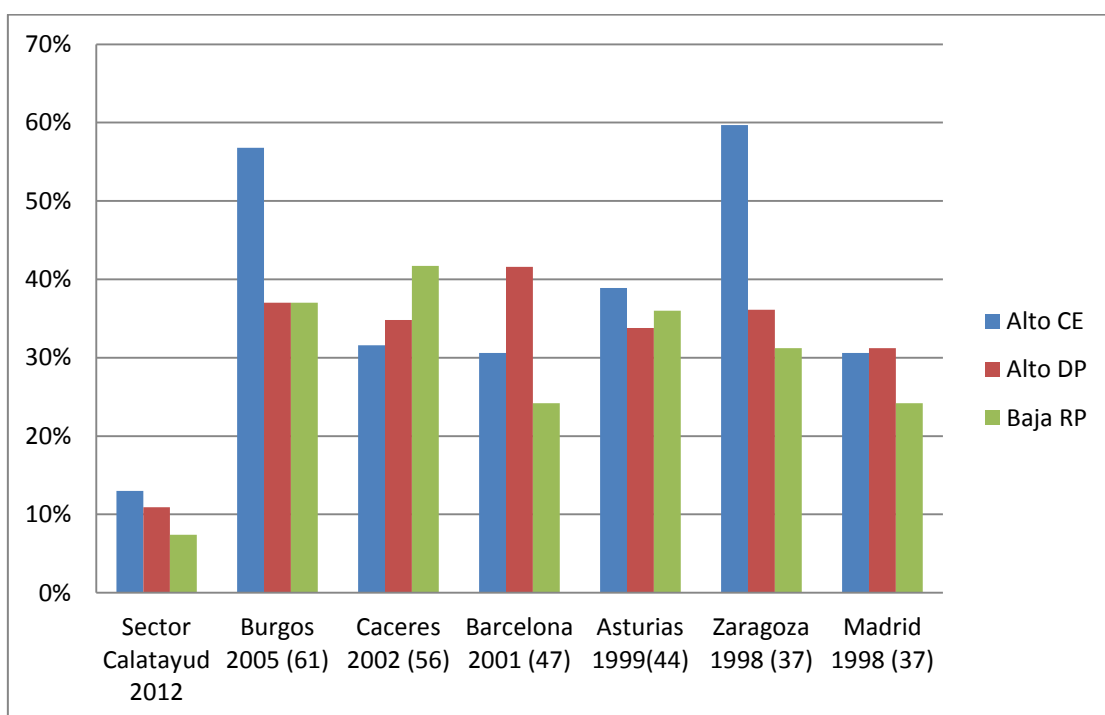


Figura 15. Representación en diagrama de barras de los grados de Burnout alto en las distintas dimensiones del síndrome entre poblaciones de médicos/as de atención primaria en España. CE (Cansancio Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

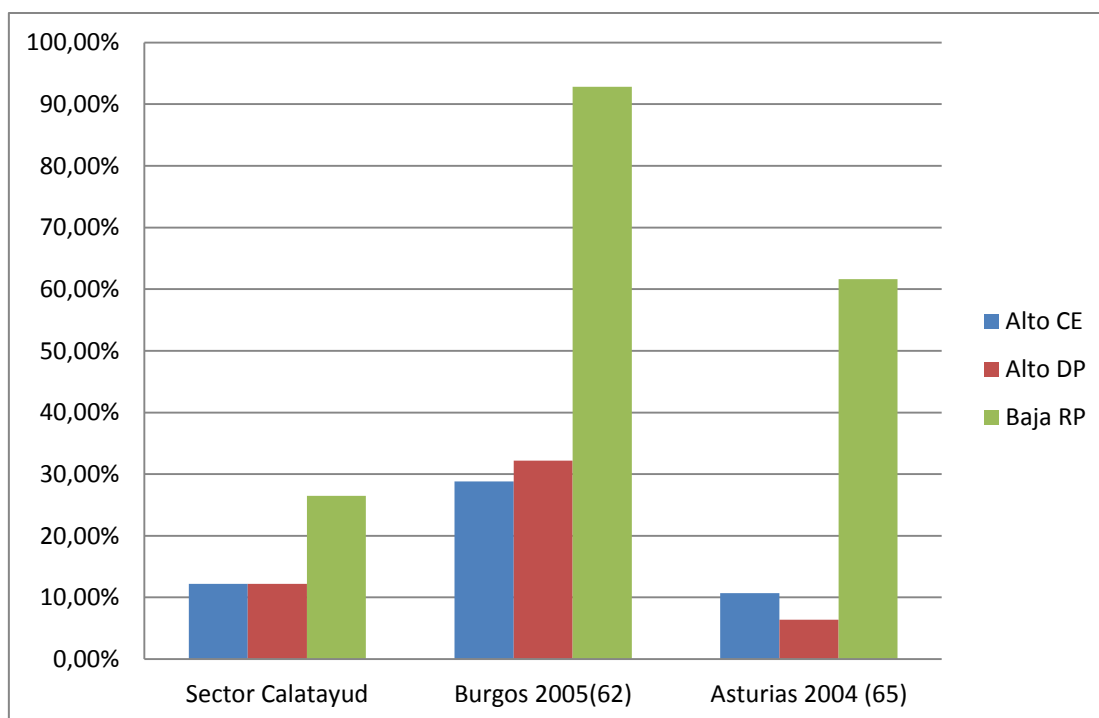


Figura 16. Representación en diagrama de barras de los grados de Burnout alto en las distintas dimensiones del síndrome entre poblaciones de enfermeros/as de atención primaria en España. CE (Cansancio Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

ANEXO I

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO CON MBI Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE INTERÉS

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y se rellenaran de forma anónima. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

- 1) Edad: ____ Años,
- 2) Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre.
- 3) Estado civil: categorizada en: ☐ Casado/a; ☐ Pareja de hecho ☐ Soltero/a; ☐ Divorciado/a; ☐ Viudo/a.
- 4) Hijos: ____ (*Señalar el número total de hijos. Si no posee ningún hijo indicar cero*)
- 5) Hijos a cargo: ☐ Sí ☐ No
- 6) Fumador ☐ Sí ☐ No

VARIABLES RELACIONADAS CON EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

- 1) Indicar Centro de referencia (*En el caso de MAC/EAC de sector, Refuerzos eventuales o sustitutos, indicar centro en donde se realiza un mayor número de horas*): ☐ Alhama de Aragón; ☐ Ariza; ☐ Ateca; ☐ Calatayud Rural; ☐ Calatayud Urbano; ☐ Daroca; ☐ Illueca; ☐ Morata de Jalón; ☐ Saviñan; ☐ Villarroja de la Sierra.
- 2) Categoría profesional: ☐ Médico/a ☐ Enfermero/a
- 3) Años de experiencia profesional: ____ Años.
- 4) Años trabajados en Atención Primaria: ____ Años.
- 5) Años trabajados en el sector: ____ Años.
- 6) Situación Laboral: ☐ Plaza en Propiedad; ☐ Interino/a; ☐ Interino/a MAC/EAC; ☐ Acumulo de tareas
☐ Refuerzo Eventual/ Sustituto/a.
- 7) Relación con los compañeros del centro: ☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala.
- 8) En cuanto a su profesión ¿Si pudiera elegir? le gustaría: ☐ Continuar en el Centro de Salud
☐ Cambiar a otro centro de salud ☐ Cambiar al Hospital ☐ Me dedicaría a otra profesión no sanitaria.
- 9) ¿Cree usted que la sociedad valora su profesión? ☐ Sí ☐ No.

“MASLACH BURNOUT INVENTORY”			Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
			0	1	2	3	4	5	6
1	C E	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	C E	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	C E	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	R P	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	C E	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7	R P	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	C E	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	R P	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	R P	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	C E	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	C E	Creo que estoy trabajando demasiado.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	C E	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	R P	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	R P	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	R P	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20	C E	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	R P	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

ANEXO II

CARTA DE PRESENTACIÓN

Estimado participante:

Soy estudiante de Postgrado del Master Universitario en Ciencias de la Enfermería impartido por la Universidad de Zaragoza. Como parte de los requisitos del curso, se llevará a cabo una investigación. El título de la misma es “Síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios de atención primaria del sector Calatayud”. El objetivo del estudio es investigar la prevalencia del síndrome de *Burnout* del equipo de medicina y enfermería de atención primaria. Esta investigación es un requisito para obtener mi título de Master. Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar un cuestionario o preguntas que le tomará aproximadamente 10 minutos, el cual debe entregar al responsable o coordinador/a del centro. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Usted tiene derecho a retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no le conllevará ningún riesgo ni recibirá ningún beneficio. Los resultados finales estarán disponibles en la base de datos de la universidad de Zaragoza. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, podrá contactar conmigo en el teléfono 63XXXXX02.

Un cordial saludo

DANIEL VÁZQUEZ GARCÍA

MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN